علم النفس المرضى

نماذج لحالات إضطرابات نفسية وعلاجها



دكتور

السيد فهمى على

أستاذ علم النفس المساعد

كلية الأداب - جامعة المنصورة



علم النفس المرضي

"دراسات ونماذج لحالات ذات اضطرابات نفسية وعلاجها"

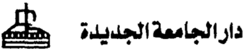
دكتور

السيد فهمي علي

أستاذ علم النفس المساعد

كلية الآداب – جامعة المنصورة

٢٠١٠



دار الجامعة الجديدة

٣٨ - ٤٠ ش سوتير - الأزاريطة - الأسكندرية

تليفون: ٤٨٦٣٦٢٩ فاكس: ٤٨٥١١٤٣ تليفاكس: ٤٨٦٨٠٩٩

E-mail:darelgamaaelgadida@hotmail.com

www.darggalex.com info@ darggalex.com

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا، فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا، قَـدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّاهَا، وَقَدْ خَابَ مَنْ دَسَّاهَا ﴾

صدق الله العظيم

" سورة الشمس: الآيات من ٧ – ٩ "

الإهداء

إلى روح الوالد والمعلم كريم الخلق

الأستاذ الدكتور

مصرى عبد الحميد حنوره

عميد كلية الآداب الأسبق – جامعة المنيا

رحمه الله رحمة واسعة

الاقتصاد في النفقة نصف العقل.

والتودد إلى الناس من حسن العشرة.

وحُسْنُ السؤال نصف العلم.

مقدمة الكتاب

يقول المولى عز وجل فى محكم آياته " وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا، فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا، قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّاهَا، وَقَدْ خَابَ مَنْ دَسَّاهَا" [١]،صدق الله العظيم.

خلق الله النفس وسواها، وعدل أعضاءها ومنحها قواها، معصيتها وطاعتها، خيرها وشرها.

والنفس حين يصدر عنها السلوك الخير، فغالباً لا يلتفت إليه الناس، لأنه قويم، لا يأتي منه الضرر ولا يتطلب من الغير الحذر منه أو الانتباه له.

أما السلوك غير المألوف أو غير السوي لدى الإنسان فهو الذي يثير الاهتمام العام دائماً، فحين يجئ قادم جديد إلى جماعة من الناس سرعان ما يكون موضع تقويمهم. فإذا تحدث عن الجو أو عن حديقته كان فى نظرهم إنساناً، فلا يثور الاهتمام به إلا ببطء، ولكن لندعه يقول " الشمس لن تظهر غداً، أو أن يقول " الشمس ستشرق غداً من الغرب، وإن الغد هو نهاية العالم" فعندئذ سنلوي رؤوسنا له ونمصمص شفاهنا شفقة عليه وتحسراً، وعندئذ ستكون الاستجابة بالنسبة له مختلفة تماماً.

عندما يقول شخص ما مثل هذا القول سيكثر الحديث عنه فوراً، وسيلقى من الاهتمام أكثر مما يستحقه. وهكذا نرى أن مسحة عدم السواء تثير اهتماماً وفضولاً واسعي النطاق.

وعلم النفس المرضي يشترك في هذه الجاذبية، إذ أنه يحاول تفسير السلوك والتفكير البشرى الذي يعجز الفهم العادي عن الإحاطة به. كما أن معاني علم النفس المرضي لا تنطبق على الأشخاص أصحاب سوء التوافق أو المصابين باضطرابات خطيرة وحسب، بل على كثير من خصائص الأسوياء

---

(١) سورة الشمس: الآيات من ٧ ـ ٩.

ولكن ليس هناك من هو كامل، وكل إنسان يبدي على الأقل بعض العلامات الصغيرة على التوافق غير الملائم. وإن الدراسة النفسية للناس الأسوياء لميدان دراسة ذو دلالة لأنه يسهم في فهم سلوك المرء بطريقة أكثر مباشرة من أي فرع آخر من فروع علم النفس، كما أنه بالإضافة إلى ذلك تمهيد لا بد منه لدراسة الاضطرابات الأكثر خطورة، وليس في استطاعة إنسان أن يفهم طبيعة الاضطرابات النفسية - وما أكثرها - إلا إذا فهم أو تعرف على ميكانيزمات الدفاع لدى الإنسان مثل " التعويض" و " التبرير" وغيرهما.

وليس هذا فقط بل يتعرف على ما يصحب تلك الاضطرابات من صراعات داخلية عميقة في أعماق شخصية الإنسان كما ترى مدرسة التحليل النفسي، التي ترى في الأعراض مظاهر سطحية تدل على اختلال عميق فى الشخصية، أو أن نتعرف على ما تراه النظرية العضوية – على سبيل المثال – التى تعزى السلوك المرضى إلى أسباب عضوية تنحصر في جانبين هما تلف فى الأنسجة، أو اختلال كيميائي في المخ نتيجة كعيب وراثي – كما في الضعف العقلي – أو اختلال فى وظائف الغدد الصماء وغير ذلك.

وعلى النحو السابق نجد أن تفسير السلوك الشاذ أو غير السوي على نحو علمي يندرج تحت اهتمامات علم النفس المرضي الذي هو الدراسة العلمية للاضطرابات والتي تشمل نتائجاً يتم الحصول عليها من مجالات علم النفس والطب النفسي وعلم العقاقير، وعلم الأعصاب وعلم الغدد الصماء، وتربية الفئات الخاصة والخدمة الاجتماعية والقانون. وهى فروع من المعرفة تتعامل بشكل آخر مع من شذ سلوكهم أو نذت خبرتهم عن الاتجاه السوي السليم.

وأهمية علم النفس المرضي لا تكمن في هذا فقط، بل في إنه يعد فرعاً من الفروع المهمة لعلم النفس الحديث حيث يتميز بموقع بارز ومكانة مرموقة في عصرنا الحاضر الملئ بالأحداث والاضطرابات، والذي أطلقت عليه مسميات شتى لعل من أبرزها أنه " عصر القلق".

وعلى الرغم من أن الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية ليست وليدة " عصر القلق الحالي" – حيث وجدت منذ عصور تاريخية قديمة – فإن

تضافر عدد من العوامل أو توافر جملة من الأسباب في هذا العصر، قد أدى إلى تزايد معدلات تلك الاضطرابات والأمراض وارتفاعها بشكل ملحوظ، ومن بين تلك العوامل وتلك الأسباب طغيان المادة، والتكالب الشره على جني ثمار الحضارة المادية التي نعيش خضمها اليوم، وما يصاحب ذلك من فردية مسرفة، وفردية متطرفة وتفكك في العلاقات الاجتماعية، بالإضافة إلى ما هنالك من مشاعر سلبية مختلطة بالحقد والحسد والغيرة، ومشاعر الوحدة والغربة وقلة الحيلة وسوء المنقلب.

وكل هذا وغيره كثير جعل الحاجة أشد وأزيد، إلى علم النفس المرضي ليدرس الدراسة العلمية لكل ما يخلفه ما سبق من أضرار ومساوئ لا تقع على الفرد وحده بل على المجتمع والعالم بأسره، إذ أنه – علم النفس المرضي – وكما سبق القول – ليس مجرد دراسة للغريب الشاذ فحسب، بل هو في حد ذاته جزء من الأساس النظري لكثير من المهن المعترف بها رسمياً.

فالتربية الخاصة، وإصلاحيات الأحداث، ووضع القوانين موضع التنفيذ، والخدمة الاجتماعية، وعلم النفس الإكلينيكي، والطب النفسي، بل والطب العام، كلها أنظمة ومهن تتعامل بشكل ما أو بآخر مع قطاع كبير من الناس ممن يعانون من خبرات أو أنماط سلوكية شاذة، وفضلاً عن ذلك، فإن كثيراً من المهن والوظائف التي ارتبطت هامشياً فقط بالمهن المهتمة بالصحة النفسية للفرد أصبحت تقترب تدريجياً من تلك المهن لتصبح أكثر ارتباطاً والتصاقا بها منذ أن تزايد الإقبال على التخصص المهني الدقيق الذي أوجد الحاجة إلى العناية بالمريض على يد فريق يضم عديداً من المتخصصين في مجالات مختلفة.

وبناء عليه فإنه من الواضح أن البدء بمدخل واسع إلى المواضيع والمشكلات المتعلقة بعلم النفس المرضي ينبغي أن يبرهن على أهميته وقيمته لكثير من الراغبين في تخصصات أخرى عدا الأخصائي النفسي والطبيب النفسي.

ويحاول الكتاب الحالي - المعد من صفوة فكر العلماء المصريين والعرب والأجانب - أن يزود هؤلاء جميعاً بمدخل تمهيدي لعلم النفس المرضي، تمثل في عرض لتعريفه، وتطوره، وطرق البحث فيه، متطرقاً للاضطرابات النفسية، وتحديدها ونشأتها وانتشارها وأسبابها وأعراضها مروراً باضطرابات الإدراك والتفكير والذاكرة والوعي والشعور والانفعال والحركة والمظهر العام والتفهم، واضطرابات البصيرة، والاضطرابات العقلية المعرفية واضطرابات الشخصية، وحتى اضطرابات الغذاء والإخراج والنوم والانحرافات الجنسية والجسيمة والعصبية.

ثم عرض الكتاب للأمراض العقلية من حيث تاريخها وتطور مفهومها منذ عصر الفراعنة ومروراً ببدايات الإسلام وحتى اليوم، كما عرض الكتاب لوجهات النظر أو النظريات المفسرة للاضطرابات النفسية أو العقلية، كما عرض لآراء صفوة العلماء في تلك النظريات وتفسيرها وما قدموه من فكر وتحليل وعلاج لتلك الاضطرابات.

ولم يقف الكتاب عند هذا الحد فقط، بل عرض لصور من الأمراض النفسية واضطراباتها وعلاجها، وقد تمثلت الصور في عرض لبعض نماذج من الأمراض النفسية كالهيستيريا والفوبيا والوسواس ، من حيث تعريفها، وتصنيفها، وأسبابها وأعراضها وتشخيصها وعلاجها، كما تناول صور أخرى من الاضطرابات النفسية تمثلت فى تناول مشكلات الانتحار، والكذب والسرقة والغيرة، وكيفية علاجها.

كما تطرق لبعض صور العلاج النفسي، كالعلاج بالتحليل النفسي والعلاج المتمركز حول العميل، وغيرها وهي أساليب أسهمت في حل الكثير من مشاكل الناس أصحاب سوء التوافق أو الاضطراب النفسي وعدم السواء. كما تطرق أيضاً لعدد من الدراسات التي أجريت في ميدان علم النفس المرضي.

وبعد، جدير بالذكر التنويه إلى أنه قد ورد بمتن هذا الكتاب أسماء لعدد من العلماء، والدراسات، لا يدعى الباحث أنه قد رجع إليها، بل هي لأصحاب

الفضل ممن نقل الباحث عنهم نقلاً كلياً أو جزئياً، لما لها من أهمية تطلبها العرض العلمي فى متن الكتاب، خصوصاً حين يتطلب العرض صورة متكاملة ومتناسقة من السياق العلمي المترابط، وهؤلاء قد وردت أسماؤهم فى قائمة المراجع.

وبعد، فالكتاب – كما أراه إن جاز لي – لا يتضمن إلا النذر اليسير من موضوعات علم النفس المرضي، وهو تمهيداً لكتب أخرى مكملة لموضوعات علم النفس المرضي، ولأن الكتاب الحالي لا تحتمل صفحاته كل ما يتناوله علم النفس المرضي، لذا يأمل الباحث في وقت لاحق أن يتمكن من إصدار كتب تالية تتناول الكثير مما كتب في موضوع علم النفس المرضي والله أسأل أن أكون قد وفقت فيما تناولته، وفيما نسبته لأصحابه ممن طوقوا المتعلمين والباحثين في مجال العلم وأنا منهم بنير أفكارهم وغزير عطاؤهم.

وإذا جاز لي في هذا الموضع أن أهدى هذا العمل المتواضع إلى روح أستاذي رحمة الله عليه الأستاذ الدكتور/ مصري عبد الحميد حنوره، الذي نلت على يديه درجة الدكتوراة، والذي – بعد الله – مهما قلت في حقه، أو شكرته لن أوفيه حقه.

فقد كان متواضعاً معي، كريماً لأبعد مدى، رفيقاً بي وبظروفي الصحية، كان يشفق – رحمه الله رحمة واسعة – عليّ أن آتى من الإسكندرية حيث أعيش – إلى آداب المنيا حين كان عميدٍ لها، كان ييسر ليّ كل صعب، بشوشاً في كل موقف. كان يتصل بي دوماً كي أسرع في إنهاء رسالتي، ولا أنسى أنه حضر من الكويت – حين كان معاراً لها – على نفقته كي يناقش رسالة الدكتوراه ثم عاد سريعاً. كما لا أنسى أنّه بفضل معاملته الكريمة لي أنني فضلت أن أنال على يديه درجة الدكتوراه، مفضلاً ذلك على منحة علمية لجامعة استرسكلايد بإنجلترا، بعد أن أعددت كل الأوراق المطلوبة، وكان عليّ السفر فقط لأنال الدكتوراه من إنجلترا، لكنها إرادة الله، وبعدها سلوكه الطيب معي علميا وخلقياً.

إن مواقفه معي كثيرة ولا تحتملها الأوراق القليلة التي أخط عليها لذا يكفيني في موضعي هذا أن أشكره، وأنا أطلب لـه الرحمة من المولى عز وجل، وأن يمد لـه في قبره مد البصر وأن يجعلـه روضة من رياض الجنة.

والشكر كل الشكر لكل الأساتذة الذين علموني وكان لهم الفضل والتأثير في حياتي العلمية، ولعلهم لا يتذكرون فقد قدموا الخير ومضوا وما انتظروا من رد أو ثناء، وأخص منهم على سبيل المثال لا الحصر الأستاذ الدكتور/ محمود السيد أبو النيل، الأستاذ الدكتور/ حمدي ياسين، الأستاذ الدكتور/ محي الدين أحمد حسين، الأستاذة الدكتوره/ صفاء الأعسر، الأستاذة الدكتورة/ عزيزة السيد، الأستاذ الدكتور/ رزق سند، الأستاذ الدكتور/ حسن أحمد عيسى، الأستاذ الدكتور/ عبد السلام الشيخ.

أما أساتذتي بجامعة الإسكندرية أصحاب النبتة الأولى في تكويني العلمي فهم الأستاذ الدكتور/ أحمد محمد عبد الخالق، الأستاذ الدكتور/ عباس عوض، الأستاذ الدكتور/ عبد الرحمن العيسوي، والأستاذة الدكتورة/ ألفت حقي، وأخيراً أستاذي وأخي الكبير الأستاذ الدكتور/ عبد الفتاح دويدار أستاذ ورئيس قسم علم النفس بآداب الإسكندرية.

وختاماً الشكر للأستاذ عبد المنعم كامل صاحب ومدير دار الجامعة الجديدة متعهدة نشر الكتاب الذي بين يدي القارئ الآن، فقد تحمل معي الكثير من الصبر والجلد حتى خرج هذا العمل.

والتقدير كل التقدير للأخ الحبيب الأستاذ/ على عبد السلام فراج، رجل المواقف الصعبة، والذي له أفضال عليَّ لا تعد ولا تحصى، ويكفيني منه تحمله مراجعة أصول الكتب وغيرها، بل وتحمله الأكبر ما أعيد شطبه وتكراره بعد أن يكون قد أنجز عمله معي. جزاء الله عني خير الجزاء، وأوفى لـه حسن الحساب.

والشكر واجب وحتمي – بعد اللـه – لأفراد أسرتي الذين لولاهم ما خرج هذا العمل، فقد تحملوا معي وعني الكثير، فلهم مني كل الحب والتقدير.

الفصل الأول

علم النفس المرضي

الفصل الأول

علم النفس المرضى

ما هو علم النفس المرضى ؟

علم النفس المرضي Psychopathology هو ذلك العلم الذي يهتم بدراسة الأمراض النفسية والعقلية وكذلك اضطرابات السلوك الأخرى وطرق علاجها ..

- وهو يُعْنى بالدراسة العلمية للأصول، والأعراض، وتطور الاضطرابات النفسية .

تطور علم النفس المرضى:

إن معرفة تطور هذا العلم تساعدنا في التعرف على الأساليب التي تؤدى إلى الشفاء من الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات الخلقية، وقد مر علم النفس المرضى بتطورات خطيرة، وتداول العلاج النفسي من السحر والشعوذة والأساليب الخرافية إلى رجال الدين، إلى الطب العصبي فالطب العقلي، فعلماء النفس .

هذا وقد تغيرت نظره رجل الشارع إلى المرض النفسي من الإيمان بأنه نتيجة مس من الجن، إلى الإيمان بأنه مرض كغيره من الأمراض التي تصيب الجسم .

وكان الإنسان في العصور التاريخية يعيش في الكهوف، ويؤمن بأن العالم مليء بالأرواح، ولم تقتصر تلك الأرواح على أن تحل في الكائنات الحية فقط بل كان للصخرة روحا وللشجرة روحا ، مثلهما مثل الحيوان، وصنف الإنسان القديم هذه الأرواح فبعضها شرير والبعض الآخر خير. ويقضى معظم وقته في إرضاء هذه الأرواح. ويطلق عليها اصطلاح الإيحائية أي نسب الحياة إلى كل شيء .

والاعتقاد السائد أنه بإمكان هذه الأرواح إيذاء الإنسان ، فإذا غضبت عليه روح الشجرة أسقطت فرعا منها فوق منزله لتهدمه، وروح الصخرة إذا

غضبت أسقطت فرعا منها فوق رأسه لتقتله. وهكذا عاش الإنسان في خوف دائم من تلك الأرواح. وأشد من ذلك أن روحه قد تخرج منه ويحل محلها روح شريرة تلبس جسده، ولذلك تبدو عليه علامات الشذوذ في سلوكه ومن ثم يصبح مشكلة بالنسبة لأسرته. وبالتالي نتيجة لهذا الخوف تفكر أسرته في التخلص منه لإخراج الروح الشريرة من داخله. وبعد مرور كثير من الوقت وظهور الطب البديل ومحترفيه كانوا يحفرون حفره في جمجمة المريض ليسمحوا للروح الشريرة بالخروج منه .

وهكذا فإن هذه العملية كافيه لقتل المريض، بالرغم من أن الحفريات تدلنا على حالات قد شفيت، واشتهر بذلك الهنود .

واستمر سعى رجال الدين ورجال الطب في محاولة للسيطرة على الروح الشريرة، وقد تردد هذا المعنى في أكثر من موضع في الإنجيل .

ومنذ حوالي خمسة وعشرين قرنا من الزمان في العصر اليوناني حاول الطبيب اليوناني **هيبوقراط** { ٤٦٠ ــ ٣٥٧ق.م } وضع نظام طبي بعيد عن الدين، وعن الروحانية ولقد أسس نظريته على أساس من خبراته الواقعية مع المرضى دون الاعتماد على أية قوى خارقة .

واعتبر السلوك الشاذ ناتجا عن اختلال في بعض وظائف الجسم، وبذلك يكون قد أدخل الأمراض العقلية ضمن الأمراض الجسمية. وكان **هيبوقراط** خبيرا في الطب ولكن تبعا لمقاييس اليوم نجد كثيرا من آرائه خاطئة، مثال ذلك أنه اعتبر مرض الهستريا ناتجا عن اضطرابات في رحم المرأة، والسبب في هذا الخطأ عدم معرفته الكافية بعلم التشريح. وكذلك فقد أصاب في إرجاع كثير من اضطرابات السلوك إلى أمراض الدماغ أو حدوث جروح فيها. إضافة إلى ذلك فقد طور من أساليب العلاج على اعتبار أن الشذوذ عبارة عن مرض ليس ناتجا عن غضب الأرواح أو الآلهة. ولم يكن **هيبوقراط** عالما تجريبيا وإنما كان طبيبا ممارسا فلم يتسع وقته لإجراء التجارب أو حتى لوضع

النظريات. ولم يعتنق اتجاها جسميا أو نفسيا في تفسيره للأمراض العقلية وإنما اعتنق مذهباً يوحد بين العوامل الجسمية والنفسية معاً.

ففي بعض الحالات كان السبب عاملا عضويا، كوصفه لمرض الصرع حيث وصفه بأنه حالة دماغية وذهب إلى أن الحالة الإنفعالية للمرأة الحامل تؤثر في نمو طفلها. وهو تفسير نفسي. ومن المعروف أن **هيبوقراط** قسم الشخصية على أساس المزاج الدوري الغالب في الفرد: الصفراوي، السوداوي، البلغمى، واللمفاوي ووضع صفات نفسية لكل عنصر من هذه العناصر الدموية، ولكن العلم الحديث لا يقر بهذه الصلة. ويظل الفضل لـ **هيبوقراط** لاعتباره المرض العقلي ضمن الأمراض وليس وظيفة من وظائف الجن والشياطين .

ولم يسر التاريخ إلى الأمام قدماً، بل ارتد الفكر الإنساني إلى عالم الخرافة مره أخرى .

بعد سقوط الحضارة اليونانية والرومانية نسيت ثقافتهما لأكثر من ألف عام وسميت بعهود الظلام، وإذا كانت ظلاما بالنسبة للرجل السوي، فقد كانت أكثر إظلاما بالنسبة لمن يعانون من الاضطرابات العقلية. فارتد الطب إلى رجال الدين والعوام من الناس وانتشرت الخرافة، وكان الهدف الأول للقس خلاص الروح وإرجاع المرض العقلي مره أخرى إلى تلبس الأرواح لجسد الفرد، وكانت هناك فئة قليلة محظوظة يعتقد أن روحا إلهية مقدسة قد مستها، وبالتالي تقدس أصحابها، وكان القس يدعو الآلهة المصابة بالهستريا لعودة الرحم إلى مكانه.

واتجه الاهتمام نحو الطبيعة في عصر النهضة، وتم استحياء التراث اليوناني والروماني وضعف الإيمان بالأرواح، وفى هذا العصر أمكن التمييز بين الأمراض العقلية والأمراض الجسمية .

فالأمراض الجسمية طبيعية، والأمراض العقلية فوق الطبيعية، ومن وسائل التمييز التي تستخدم : أن يقرأ القس آية من الإنجيل بصوت مرتفع في

أذن المريض الذي يعانى من الاكتئاب والهبوط والمغمى عليه، فإذا استيقظ وفاق، كان التشخيص أنه شيطاناً، وإن لم يفق كان مرض جسمي لأن الآية المقدسة تجعله يتراجع وينسحب.

وفى عام ١٤٨٩ صدر مرجع لإرشاد الممارسين عن اثنين من الأخوة في ألمانيا أسمياه " مطرقة السحر " وبالرغم من أنه يبدو الآن متخلفاً ومتعطشا للدماء إلا أن محبي السح أقبلوا عليه إقبالاً شديداً ونتيجة استخدام السحر في العلاج راح آلاف الضحايا من مرضى الأمراض العقلية. والكي بالنار من الأساليب المستخدمة في العلاج، وفى بعض الأحيان كان يوصف القتل لبعض المرضى لراحة الأرواح التي تسكنهم .

ومن المؤسف أن كثيراً من القتلى أسوياء، وذلك نتيجة لاتهام خصومهم لهم بالمرض العقلي ليتخلصوا منهم، وكان بعضهم من معارضي الكنيسة. وظهر **جان لويس فيفس** { ١٤٩٢ ــ ١٥٤٠ } الذي حارب استعمال الاستدلال العقلي والدعوة للعودة للطب اليوناني؛ ودعا إلى العقل والمنطق، مع بقاء إيمانه بالكنيسة. وكذلك دعا إلى محاربة الجهل وفى وسط الظلام الثقافي نادي بعلاج المرضى العقليين بتوفير المعالجة الطبية، وتوجيه الاهتمام إلى أسلوب حياتهم، وأن البعض يحتاج إلى معامله رقيقه وودية، لكي تنمو فيهم سمات الود والألفة واللطف، وآخرون يحتاجون لجو الهدوء والاستقرار لسلامه العقل .

ومما سبق نجد أنه قد أدرك وجود فروق فردية في معالجة حالات المرضى، وأنهم ليسوا نسخة واحدة، ومن ثم فإن معالجتهم تختلف باختلاف حالاتهم.

وظهرت شخصية أخرى في ألمانيا تحارب الخرافة وهو **باراسولس** والذي أثار غضبه ما أحاط الطب من جهل، ولذلك ثار في وجه الرافضين لدعوته من أرباب المراكز العليا، ويرجع إليه الفضل في أن الإنسان كائن بيولوجي متكامل. وضرورة النظر إلى المضطرب عقليا أو جسميا على أنه " شخص مريض " وانتشرت هذه اليقظة ببطء شديد، وبدأ عدد الأطباء في

التزايد، وبدأ إنشاء المستشفيات العقلية، ولكن المعالجة لم تزد عن مجرد الإيداع في المستشفى والتي كان يطلق عليها المارستان، والعزل، وعاش المرضى بين الأسوار، مكبلين بالأغلال والقيود الحديدية ويحضر العوام أيام العطلات للتفرج والتسلية كما لو كانوا يشاهدون حديقة الحيوان.

وقد أنشئت بلندن مستشفى دار الجنون وكانت تمتهن إنسانية البشر بصوره مؤلمة وبشعة وفى بطء مؤلم حزين تحولت الصورة وظهر عصر الإصلاح.

وفى باريس عام ١٧٩٣م تولى إدارة مستشفى الباستيل طبيب فرنسي يدعى **فيليب بنيل Pinal** ، وأول قرار أتخذه كان تأكيداً على المعالجة الإنسانية، وشرع بنفسه في كسر القيود والأغلال الحديدية من أيدي وأرجل المرضى واستطاع أن يحول " دار الجنون " إلى مستشفى عقلي، وكانت نظره العامة تعتبره مجنوناً ؛ لأنه تجرأ على فك قيود هؤلاء " الوحوش الخطرة " كما يتصورون. وتحول كل شيء داخل الباستيل إلى الأفضل، حتى الذين لم يتم شفائهم لم يظهروا أي خطورة بسبب معاملتهم بالشفقة والعطف والرقة والرحمة.

أما الغالبية التي عاشت في القيود والأغلال فقد عرفت طريقها نحو الشفاء. وبالرغم من هذا النجاح فقد لاقى "بنيل" كثيراً من العنت والاضطهاد من رجل الشارع الفرنسي، الذي اتهمه بأنه إنما يأوي المسجونين السياسيين الفرنسيين في الباستيل. ويوما ما أثناء سيره على الأقدام هجمت عليه مجموعة من الغوغاء وتصادف مرور أحد مرضاه الذين خرجوا من المستشفى وكان جندي سابق قوى العضلات، أنقذه منهم وعين نفسه حارساً خصوصياً له عرفاناً لشفائه وتخليصه من قيوده الحديدية.

وامتدت حركة الإصلاح خلال القرن التاسع عشر كله، في كل بلاد أوروبا، وكان الرواد يحاربون ويتلقون كثيراً من الاضطهاد من الراغبين في بقاء الحال على ما هو عليه. وتلك المرحلة تمثلها أعمال سيده أمريكية بدأت

حياتها كمدرسه أطفال، ثم كاتب لبعض كتب الأطفال وهى "**مس ديكس**" {١٨٢٠ - ١٨٨٧م } وكان المرضى في ولايتها يعاملون أسوأ من معامله الحيوانات، فنادت بالاصطلاح وأخذت في الطواف بين عواصم الولايات المتحدة لتنشر دعوتها، كما سافرت إلى إنجلترا واسكوتلاندا ولم يكن هذا مألوفاً للنساء في هذا الوقت .

وفى الوقت الذي كان فيه **بنيل** يستعد لإخراج عمله في الطب العقلي، استطاع **انتون مسمر** { ١٧٣٤ - ١٨٥١م } أن يجذب انتباه فرنسا بمنهج أسماه المسمرية وفيه يكون الفرد في حالة تشبه النوم وفيما بعد سميت التنويم المغناطيسي. والذي يهم هنا أنه استطاع أن يميز العصاب النفسي كحالة مميزه من علم النفس المرضى .

وعام ١٨٦٤ ظهر طبيب فرنسي كان يعيش في ريف نانس هو ليبو {١٨٢٣-١٩١٩} **Lip Ault** واستخدم التنويم المغناطيسي في العلاج، وبعده أكد تلميذه بيرنهايم {١٨٣٧-١٩١٩} أن التنويم ظاهرة طبيعية ليست سوى استجابة مبالغ فيها للإيحاء. وقد شرح مرض الهستريا على أساس من الإيحاء الشعوري واللاشعوري، وقد وصف الإيحاء الذاتي الذي يوحى فيه الفرد لنفسه بفكره ما؛ كأن يقنع نفسه بأنه حسن المظهر، أو أنه إنسان ناجح، أو أنه سليم معاف. وامتد تفسيره بعد ذلك ليشمل باقي الأمراض النفسية.

وقد عرفت هذه المدرسة باسم **مدرسه نانسي Nancy School**. وظهرت مدرسه أخرى معاصره لها {١٨٢٥-١٨٩٣} وتزعمها شاركوه في **مستشفى سالبيتر Saltpeter** بباريس. وكان يشك مؤسسها بادئ الأمر بالتنويم المغناطيسي، وبعد ممارسته أدرك أنه ظاهره أصيلة وطبيعية في الإنسان وبالتالي استخدمه في علاج مرضاه، وباعتباره متخصصاً في علم الأعصاب كان يعتقد أن المرض النفسي يرجع إلى جرح في المخ .

ومن أعظم إسهاماته تلك التي ترجع إلى تدريسه لكثير من التلاميذ منهم **سيجموند فرويد** الذي أتى ليدرس من النمسا ليدرس تحت إشرافه عام ١٨٨٥م.

ومن تلاميذه أيضا بيير جانيت Pierre Janet {١٨٥٩-١٩٤٧} حيث عهد إليه أن يخلفه في تولى إدارة المستشفى وأن يواصل بحوثه عن الهستريا، وأضاف مفهوم التفكك أي فقدان التكامل أو الوحدة في الشخصية التي تفتقد في حالات العصاب وحالات ازدواج الشخصية، والتي كثيراً ما تظهر مع حالات فقدان الذاكرة، وبالرغم من أن جانيت ظل يحمل بعض المعتقدات في وجود أساس عصبي للمرض النفسي؛ إلا أنه صاغ نظرية نفسية.

- أما في ألمانيا فظهر اتجاه آخر يرجع إلى الرأي القائل بأن الاضطرابات السلوكية ترجع إلى مرض عضوي أو إلى جرح في أحد الأعضاء وكان يطلق على هذا الاتجاه – التشريحي الفسيولوجي – والهدف منه البحث عن أسباب المرض العقلي في الأمراض الدماغية انطلاقاً من المثل القائل العقل السليم في الجسم السليم **Sound mind in Sound body**. وقد أصدر **جريزنجر Griesinger Wilhelm** {١٨١٧- ١٨٦٨} كتابا عن الطب العقلي نص فيه على أن الأمراض العقلية جسمية المنشأ واعتبر الطب العقلي وعلم الأعصاب علماً موحداً، ولم يفلح هذا النظام إلا في وصف الأمراض دون تفسيرها، ومن تلاميذ جريزنجر المشهورين إميل كريبلين {١٨٥٥-١٩٢٦} **Emil Kraepelhn** وكان يطمح في تحويل الطب العقلي إلى الطب الفيزيقي .

ولذلك صنف الأمراض العقلية ووصف أعراضها وبداية ظهورها وافترض أسبابا لظهورها في الدماغ. واستطاع أن يصف اثنين من الأمراض العقلية التي مازالت شائعة بأسمائها وهى :

١- الجنون الدوري وفيه تعاقب المرضى نوبات حادة من التهيج وسرعة الحركة تارة ونوبات من الخمول والحزن والاكتئاب والكسل تارة أخرى .
٢- العته المبكر أي ما نسميه بالفصام .

وكانت الأمراض ترجع في نظره إلى أسباب وراثية، أو حدوث جروح أو إصابات بالدماغ .وبسبب إغفاله للعوامل النفسية والاجتماعية في نشأه

الأمراض، لم تفلح أعماله إلا في تصنيف الأمراض ووصفها بطريقة أكثر تنظيماً .

طرق البحث في علم النفس المرضي :

يحاول الباحثون الإكلينيكيون أن يكتشفوا قوانين أو مبادئ عامة خاصة بالأداء النفسي الشاذ. وهم كغيرهم من الباحثين يحاولون استخدام الطريقة العلمية في عملهم فيتبعون منهجا ويقدمُوا معلومات عن طريق الملاحظة لكسب وفهم الظاهرة موضع الدراسة. إنهم يبحثون عن أشكال عامة من الثقة عن الطبيعة والأسباب وعلاج السلوك الشاذ بتحديد ودراسة السلوك الشاذ، وردود الفعل النمطية لعدد كبير من الناس. وهم لا يقيمون أو يعالجون العملاء بشكل فردى كما يفعل الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون، بل يهتموا بدراسة السلوك الشاذ لدى مجموعة من الأفراد الذين يمثلون عينات إكلينيكية في بحوثهم .

وعلماء النفس كغيرهم من العلماء يحاولون تحديد وتفسير العلاقة بين المتغيرات، ويقررون ببساطة أن أي متغير أو سمة يمكن أن تتغير من وقت لآخر، ومن مكان إلى آخر، ومن شخص إلى آخر .

وبصفة خاصة يهتم الباحثون الإكلينيكيون بمثل هذه المتغيرات، كصدمات الطفولة وخبرات الحياة الأخرى، والأمزجة، ومستويات الأداء الإجتماعى والمهني، والاستجابات لتقنيات العلاج. ويسعون لتحديد ما إذا كان اثنين أو أكثر من هذه المتغيرات يتغيران معاً ؛ وما إذا كان التغير في متغير واحد يحدث تغيراً في آخر .

ومن أمثلة ذلك: هل موت الوالد يجعل الطفل مكتئباً ؟ وإذا كان الأمر كذلك فهل سينخفض الاكتئاب باستخدام علاج معين ؟

هذه التساؤلات لا يمكن الإجابة عليها بالمنطق وحده. فالاستدلال وحده يكون دقيقاً إذا وجدت المعلومات التي يستدل بها، وبالتالي فإننا بحاجة إلى

ملاحظات عديدة لتأسيس أساس واقعي يبنى عليه الاستدلال. وبالرغم من ذلك ؛ فقد يفشل الاستدلال فى خدمه المشروع العلمي. وبالرغم من أن البشر متذوقون ومعقدون فهم مستهدفون إلى أخطاء متكررة في التفكير.

ومثال ذلك: قد تؤدى الانطباعات المزيفة التي نكونها عن الآخرين إلى استنتاجات خاطئة .

ولتقليل هذه الأخطاء واكتساب معلومات جديدة عن السلوك الشاذ، يعتمد الباحثين الإكلينيكيين على ثلاث طرق من الفحص ؛ وهى :

- دراسة الحالة .
- الطريقة الارتباطية .
- الطريقة التجريبية .

وكل من هذه الطرق الثلاث تكون مناسبة على نحو أفضل لظروف معينة وللإجابة على تساؤلات معينة .

أولاً: دراسة الحالة

هي وصف تفسيري مفصل لشخص واحد، فتصف خلفية الشخص وظروفه الحالية وأعراضه، وقد تصف نتائج وتطبيق علاج معين، وقد تتفحص كيفيه تطور وتفاقم مشاكل الشخص .

ففي دراسة الحالة الشهيرة المعروفة "**بهانز الصغير**" **Little Hans** عام ١٩٠٩ ناقش "**سيجموند فرويد** " ولداً صغيراً يبلغ من العمر أربع سنوات طور الخوف الذى يعانى منه من الأحصنة، وجمع فرويد مادته من خطابات أرسلت لـه من والد هانز، ومن طبيب حضر محاضرات في التحليل النفسي، ومن مقابلاته للطفل.

وبتحليل المادة العلمية التي جمعها **فرويد** تبين أن هانز لم يكن خائفاً من الأحصنة، بل من الأب الذي رمز لـه بالحصان الذي سوف يسقط يوما على الأرض..

قيمه دراسة الحالة:

يكتب الإكلينيكيين دراسة الحالة غالباً في أثناء العلاج لمرضاهم. ولابد من جمع المعلومات أولاً والبحث من خلالها عن العوامل التي أدت إلى مشاكل الشخص. والمفاتيح المقدمة بواسطة دراسة الحالة قد تكون لها انطباعات مباشرة لعلاج الشخص .

وغالباً ما تصلح دراسة الحالة كمصدر للأفكار عن السلوك وتفسح الطريق للاكتشاف. وتقوم نظرية فرويد الخاصة بالتحليل النفسي أساساً على الحالات التي رآها في الممارسات الخاصة .

وتقدم دراسة الحالة مسانده قريبة للنظرية. فقد استخدم فرويد حالة الصغير هانز بهذه الطريقة بدقة، واعتقد أن حالة **هانز** دعمت فكرته عن الأولاد الذين يخبرون عقده أوديب، والتي تفسر الخوف الخاص بالمخاوف المرضية، وأن جنسية الطفولة تلعب دوراً هاماً فى نمو الشخصية. كما دعمت آرائه من تحليلات الراشدين الذين تذكروا أحداث الطفولة .

وقد تصلح دراسات الحالة في تحدى مزاعم النظرية، فالمنظرون من أنصار التحليل النفسي ؛ يدعون أنه إذا أزيلت أعراض واضحة بتقنيات سلوكية فضلاً عن التحليل النفسي، فسوف تظهر أعراض جديدة، هذا وقد أثبتت بعض الدراسات السلوكية أن إزالة المشكلة بالعلاج السلوكي لم تظهر أي مشكلات جديدة ؛ مما يجعلنا نتشكك في آراء التحليل النفسي .

وتقدم دراسة الحالة فرصا لدراسة مشاكل غير عادية لا تحدث في الغالب بما يكفى للسماح بمزيد من الملاحظات والمقارنات العامة .

القيود الخاصة بدراسة الحالة:

- التحيز فقد تحيز فرويد للتحليل النفسي طوال دراسته لحالة هانز الصغير.

- معظم دراسات الحالة لا تقدم دليلا موضوعياً بأن اختلال العميل نتج عن طريق الأحداث التي يقول المعالج أنها تشير لـه عن اختلالـه النفسي .
- أنها تقيم أساساً قليلاً للتعميم .

ثانياً : الطريقة الارتباطية

من خلال الطريقة التجريبية والارتباطية يتم تحاشى القصور الموجود في دراسة الحالة فيساعدان الباحثين على الوصول إلى استنتاجات واسعة عن حدوث الشذوذ في المجتمع بصفة عامة. والخصائص الثلاث لـهاتين الطريقتين تمكن الباحثين من اكتساب استبصار عن حقائق الشذوذ .

١- يلاحظ الباحثون كثير من الأفراد لجمع معلومات كافية أو بيانات يبنون عليها استنتاجات .

٢- يطبق الباحثون بحذر إجراءات موصوفة على نحو متسق، ليستطيع الباحثون الآخرون تكرار دراستهم ليروا ما إذا كانت تؤدى على نحو دائم إلى نفس النتائج و المضمونات .

٣- نتائج الدراسات التي أجريت بهذه الطرق يمكن أن تحلل بأساليب إحصائية تساعد على الإشارة إلى ما إذا كانت الاستنتاجات الواسعة مبرره .

والارتباط Correlation هو الدرجة التي تتنوع إليها الأحداث والسمات فى ارتباط كل منهما بالأخرى. والطريقة الارتباطية هي إجراء بحث يستخدم لتحديد هذا الارتباط بين متغيرين. والسؤال هو: هل يوجد ارتباط بين كم ضغوط الحياة التي يخبرها الناس ودرجة الإزعاج النفسي التي يظهرونها ؟

وللإجابة على هذا السؤال على الباحثين أن يجدوا طريقة لقياس متغيري " ضغوط الحياة – الإزعاج النفسي ". وقد أجريت بعض الدراسات على ضغوط الحياة باعتبارها عدد الأحداث المهددة - كمشكلة صحية أو فقد

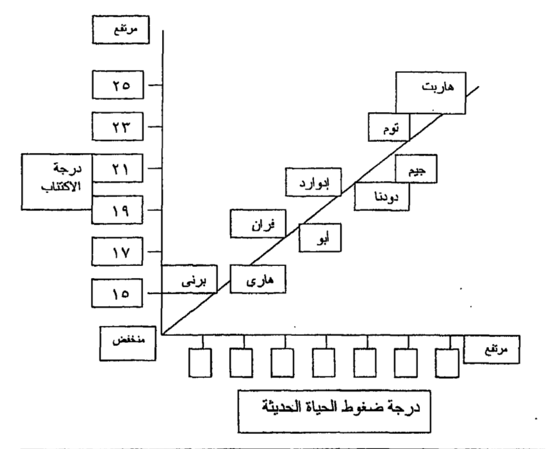
الوظيفة- التي يخبرها شخص ما خلال فتره زمنية معينة. أما الانزعاج النفسي فتعنى درجة على استبيان يطلب فيه من الشخص أن يعبر عن مشاعر الاكتئاب والقلق في ضوء مقياس كمي.

وأحد أسئلة مقياس الاكتئاب – على سبيل المثال – أن يسأل عن المدى الذي يشعر فيه الفرد أنه يريد الصراخ، وعن أسئلة القلق أن يسأل عن مدى السهولة التي يصاب فيها الفرد بالذعر بسبب ضوضاء بسيطة .

وبالتعرف على المتغيرات المبحوثة إجرائيا، يستطيع الباحثين قياسها لدى عينة من الأفراد ويحددون ما إذا كان يوجد ارتباط بين تلك المتغيرات من عدمه.

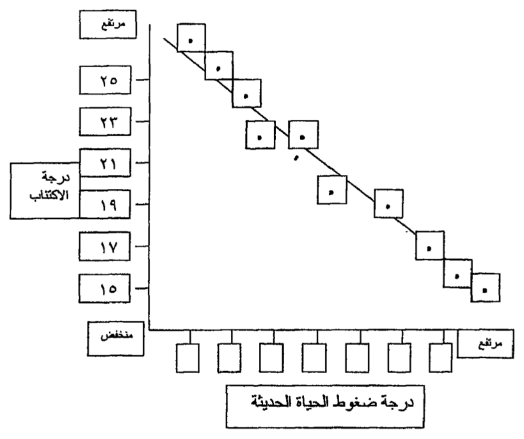
اتجاه الارتباط :

بجمع الدرجات الخاصة لضغوط الحياة والاكتئاب لعشره أفراد ورسمها بيانيا نجد مثلا أن "جيم" حصل على ضغوط حياتية قدرها (٧) ضغوط، ودرجة اكتئاب ٢٥. وبوضع جميع الدرجات نجد أنها تحدد على خط مستقيم يتجه إلى أعلى .



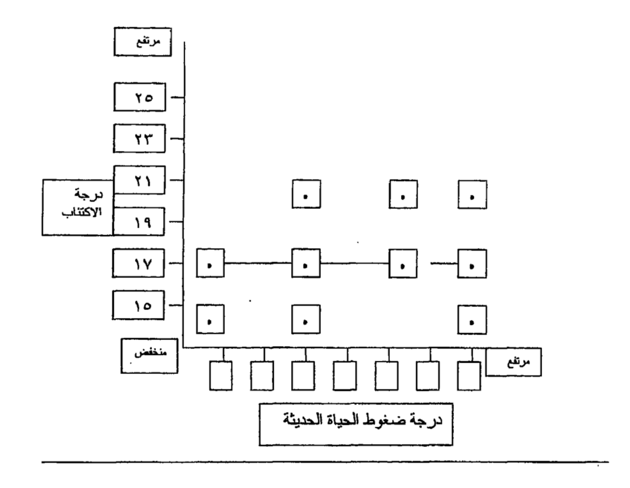
شكل (١) العلاقة بين كميه ضغوط الحياة الحديثة ومشاعر الاكتئاب المبينة عن طريق هذه العينة الافتراضية لعشره أشخاص وهى ارتباط موجب قريب إلى الكمال .

وقد يكون اتجاه الارتباط سلبياً وفيه نجد أنه كلما زادت قيمه متغير ما أدى ذلك، إلى نقصان في قيمه المتغير الآخر. فإذا أنتجت درجات العينة منحدراً إلى أسفل يكون الارتباط سلبياً. كما هو موضح في الشكل التالي .



شكل (٢) عدد الأحداث المهددة على مر ٣ شهور ماضية

ومن الممكن للمتغيرين أن يكونا غير مرتبطين حيث لا توجد علاقة منهجيه بينهما ؛ فحينما تزيد مقاييس متغير ما تصحبها أحياناً زيادة في المتغير الآخر وأحياناً أخرى يصحبها نقصان. ويكون الرسم البياني في تلك الحالة كالآتي :

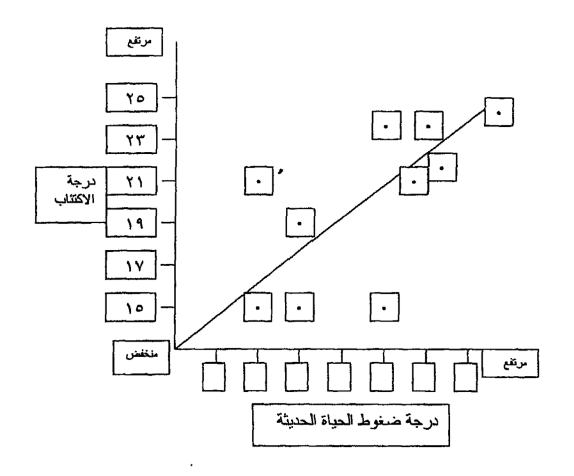


شكل (٣) العلاقة بين كمية ضغوط الحياة الحديثة ومشاعر الاكتئاب

مدى الارتباط:

يقصد به مدى تطابق المتغيرين ؟ هل يتغير متغير واحد دائماً كانعكاس مباشر للمتغير الآخر ؟ أو هل علاقتهما أقل دقة ؟

وبالنظر إلى الشكل رقم (١) نستطيع تقدير البعد الارتباطى فتقع نقط البيانات جميعها قريبة من خط أفضل مطابقة. ويعطى ذلك الباحثون القدرة على التنبؤ بدرجة كل شخص على متغير معين بدرجة عالية من الثقة إذا عرفوا درجته على متغير آخر. ويوضح ذلك الشكل التالي :



شكل (٤) العلاقه بين كميه الضغوط الحديثة ومشاعر الاكتئاب المبينة هي ارتباط موجب بشكل معتدل

وهنا لا يستطيع الباحثون التنبؤ بمقدار دقة درجة كل فرد على متغير معين من الدرجة التي حصل عليها في المتغير الآخر لأن الارتباط في الشكل (١) يسمح بتنبؤات أكثر دقه منه في الشكل (٤). فإنه أكبر وأقوى في المدى .

معامل الارتباط:

يتم حساب مدى واتجاه الارتباط رقميا ويعبر عنه بواسطة اصطلاح إحصائي يسمى معامل الارتباط والذي يتراوح بين "+١، -١" والقيمة "0" تعكس ارتباطاً صفرياً، أو عدم وجود علاقة بين المتغيرين. وبسبب أن ردود

فعل الإنسان وسلوكه يخضعان للتغيير وبسبب أن استجابات كل إنسان يمكن أن تقاس على نحو تقريبي، فمعظم الارتباطات إما موجبة أو سالبة.

التحليل الإحصائي لبيانات الارتباط :

بمجرد أن يحدد العلماء الارتباط بين المتغيرات لمجموعة ما من الأفراد لابد من أن يقرروا إذا ما كان يعكس ارتباطاً جوهرياً بين المتغيرات في المجتمع الذي اختيرت منه العينة أم لا.

ولا يستطيع العلماء معرفة ما إذا كان الارتباط الذي يجدوه مميز حقيقة للمجتمع الأكبر، ولكنهم يستطيعون اختبار استنتاجاتهم بعمل تحليل إحصائى للبيانات. ومن حيث الجوهر، يطبقون مبادئ الاحتمالات على نتائجهم ليعلموا إلى أي مدى تكون هذه النتائج قد حدثت بالصدفة .وإذا أشار التحليل إلى أن الصدفة غير محتملة لتفسير العلاقة التي وجدت، فيستنتجون أن نتائجهم تعكس ارتباطاً جوهرياً موجوداً في المجتمع العام .

هذا وقد حدد علماء الإحصاء النفسي نقطه قاطعة لمساعدتهم على هذا القرار. فإذا وجد احتمال أقل من ٥٪ ؛ فيعنى ذلك أن نسبه الشك ٥٪ والثقة ٩٥٪ وتكون داله إحصائياً.

مواطن القوه والضعف في الطريقة الارتباطية:

١- من خلال الطريقة الارتباطية يلاحظ الباحثون أشخاص عديدين في تصميم متغيراتهم، ويكونوا تحليلات إحصائية، وقادرون على تكرار الدراسات الارتباطية على أفراد جدد لكي يدعموا علاقات معينة أو يوضحوها ؛ وبالتالي يثبتوا النتائج الخاصة بدراسة معينة .

٢- بالرغم من القوه التنبؤية التي تعطيها الارتباطات للباحثين بوصف العلاقة بين المتغيرين، فإنها لا تفسر العلاقة .. فبالنظر إلى الارتباط الايجابي الموجود في دراسات ضغوط الحياة، ننجذب إلى إن الزيادة في ضغوط

الحياة تشعر الأفراد بمزيد من الاكتئاب، وقد يرتبط المتغيران لأي من الأسباب التالية :

- متغير (أ) يسبب متغير(ب). أي أن الزيادة في ضغوط الحياة (أ) تجعل الأفراد يشعرون بمزيد من الاكتئاب.
- متغير (ب) يسبب متغير (أ). أي أن الاكتئاب يميل إلى زيادة عدد مواقف الحياة الضاغطة .
- المتغير (ج) يسبب كلا المتغيرين (أ، ب). فقد يتسبب الفقر في زيادة من ضغوط الحياة والاكتئاب .

ورغم ما سبق فإن الإكلينيكيين لا يريدون معرفة ما إذا كان متغير ما يسبب الآخر. مثال ذلك : هل الصراعات الزواجية بين الوالدين تجعل أطفالهن أكثر قلقاً؟ أو هل عدم الرضا عن العمل يسبب مشاعر الاكتئاب؟. وهل سيساعد إجراء علاجي معين الأفراد في مواجهة الحياة بفاعلية أكبر ؟. إن كل هذه التساؤلات تستدعى استخدام الطريقة التجريبية .

ثالثاً : الطريقة التجريبية

التجربة هي إجراء بحثي يُعالج بها موقف ويُلاحظ تأثير المعالجة. ويجب أن تعرف أننا نجرى تجارب طوال حياتنا دون معرفة ذلك على نحو علمي .

إذا ذهبنا إلى خفلة في معسكر للاحتفال بنهاية امتحانات نصف العام. وأثناء مخالطة الناس نبدأ في ملاحظة أن بعض منهم هادئين ومكتئبين. وكلما زاد حديثنا معهم كلما زاد اضطرابهم، ونقرر أن نفعل شيء؛ ولكن قبل استئصال المشكلة لابد من معرفة أسبابها. فقد يكون السبب كثرة الحديث عن الضغوط الأكاديمية. ونغير محور الحديث، فنجد أن معظم الحاضرون أصبح يبتسم ويضحك. وللتأكيد نرجع إلى الحديث عن الدراسة الأكاديمية فنجد أن رد

الفعل العدواني قد ظهر مره أخرى وعندئذ نجد أنه كان السبب الحقيقي في المشكلة.

مما سبق نجد أننا قد أجرينا تجربة. والهدف منها هو عزل وتحديد السبب في تأثير معين. وإذا لم نستطيع فصل السبب الحقيقي عن باقي الأسباب فإننا نحصل على معلومات قليلة لن تساعد في الفهم الكامل للسبب الحقيقي الذي أثر في المتغير التابع ؛ فالمزاج الاكتئابي إما أن ينتج من الحديث عن الدراسة أو الموسيقى التي تعزف أو التعب الناتج عن المجهود الأكاديمي.

والعقبة في معرفة السبب الحقيقي هي المتغيرات الأخرى التي تؤثر على المتغير التابع. ومن التساؤلات التي تواجه الإكلينيكيون " هل يشفى علاج معين أعراض اضطراب معين "؟ فلو أننا افترضنا أن هناك علاج جديد يسمى " علاج اللبن الدسم " Buttermilk therapy، وأن لدينا سبباً للاعتقاد بأنه يقلل من القلق لدى الأفراد. فتكون الفكرة الأولى هي قياس القلق ثم نعطيهم كوباً كبيراً من اللبن الدسم ونرى إذا ما خفض القلق مع العلاج أم لا. ولابد من عزل المتغير الدخيل Confound المتمثل في الزمن ؛ فإذا لم نعزل تأثير المتغير المستقل عن الدخيل، فإننا لن نعرف أي منهما كان السبب فى التغيير الحادث فى المتغير التابع .

ولتقليل تأثير المتغيرات الدخيلة الكامنة، يدمج الباحثون ثلاث ملامح هامة فى تجاربهم، وهى :

- المجموعة الضابطة .
- التخصيص العشوائي .
- التصميم الأعمى .

أ ـ المجموعة الضابطة :

هي مجموعة من الأشخاص الذين لم يتعرضوا للمتغير المستقل، وتكون مماثلة للمجموعة التجريبية في كل شيء عدا التعرض للمتغير المستقل الذي يتعرض له أفراد المجموعة التجريبية. وبالمقارنة يستطيع الباحث معرفة أثر المتغير المستقل بصوره أفضل .

ومن المهم التأكد من عدم وجود أي فروق منهجية بجانب العلاج في الطريقة التي اختبرت بها المجموعتين. كأن تكون أحدهما قد اختبرت مساءً والأخرى صباحاً، حيث أن مثل هذه العوامل قد تكون مسئولة عن الفروق في مستويات القلق .

ب ـ التخصيص العشوائي :

إن الطريقة التي يتم اختيار المجموعتين بها هامة باعتبارها بروتوكول تجريبي، فالفروق التجريبية التي توجد بين الأفراد في المجموعتين التجريبية والضابطة قبل التجربة قد تدحض النتيجة. ففي العلاج باللبن الدسم إذا أتحنا الفرصة لكل فرد أن يختار المجموعة التي يريدها، فمن المتوقع أن يختار من يحبون اللبن الدسم المجموعة التجريبية، ومن لا يحبونه يختارون المجموعة الضابطة. وهذا الانتقاء سوف يؤدى إلى الكثير من الفروق بين المجموعتين، فهي لا تشمل الفروق بين المجموعتين في الخبرات العلاجية فقط بل الفرق المنهجي الموجود بينهم ؛ فمن يحبون اللبن يكونوا أصحاء وأقوياء، وأكثر مودة، وأكثر أناقة ممن يكرهونه .

ولتخفيض أثر الفروق المنهجية يستخدم الباحثون أسلوباً مخصصاً عشوائياً. وذلك بانتقاء الأسماء عشوائياً من دورق زجاجي، وبالتالي يكون لديهم سبب أكثر اعتقادا بأن أي فروق ترجع إلى المتغير المستقل .

جـ ـ التصميم الأعمى:

التصميم التجريبي الأعمى يمثل مشكلة أخرى متضمنة في المتغيرات الدخيلة، والتي تنحصر في تأثير التحيز من قبل الأفراد الذين يجرون

التجربة. فقد يتحيزون إلى نتائج تجربة بهدف جعل المجرب مسروراً أو لمساعدته.

وحتى إذا لم يرغب الأشخاص في مساعده المجرب. فإن توقعاتهم عن نتيجة التجربة قد تؤثر في الطريقة التي يستجيبون بها. هذا وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن مجرد توقع الأفراد لعلاج من الممكن أن يساعدهم على التحسن، حتى وإن كان العلاج زائفاً مثل برشام السكر، وقارنت إحدى الدراسات تحسن عملاء إكلينيكيين قد أعطوا أدوية وهمية بتحسن عملاء إكلينيكيين آخرين كانوا في قائمة الانتظار للعلاج، وبعد فتره زمنية أكتُشف أن كثيراً ممن أخذوا البرشام الوهمي وتوقعوا نجاحه تحسنوا بشكل جوهري عمن كانوا في قائمة الانتظار .

وتوجد طريقة مستقيمة Straightforward way لمنع التأثيرات الكامنة لتحيز الأشخاص في التجربة، وهى ألا يعرف الأشخاص في أي مجموعة ينتمون. وهذه الاستراتيجية التجريبية تسمى تصميماً أعمى. لأن الأشخاص عميان بالنسبة للمجموعة التي ينتمون إليها .

الفصل الثاني

الاضطرابات النفسية

الفصل الثانى

الاضطرابات النفسية

الاضطرابات النفسية:

يّفتن الناس بكل شاذ أو غير عادى. " فالشمس تشرق وتدفئ وتنير لنا وليس لدينا حب استطلاع لأن نعرف السبب في ذلك ". هذا هو ما لاحظه " رالف والدو ايميرسون R.W.Emerson ". ودائماً ما نسأل من السبب في كل الشر، والألم، والجوع، ومن يتصفون بالعبط " Silly ".

فلماذا هذا الافتتان بالمضطربين ؟ غالباً لأننا غالباً ما نجد فيهم شيئاً ما في أنفسنا. ففي لحظات مختلفة كلنا نشعر ونفكر أو نتصرف كأشخاص مضطربين. ونصبح أيضاً قلقين، ومكتئبين، أو مضادين للمجتمع ،وشكاكين وهذائيين.

ولذلك فإن دراسة الاضطرابات النفسية تكون مثيره في بعض الأوقات للتعرف على الذات حتى ينير لنا ذلك ديناميات شخصيتنا الخاصة. إن دراسة الشاذ أفضل وسيلة لفهم السوي .

والسبب الآخر هو أن كل منا قد يشعر إما بشكل شخصي أو في أحد أصدقائه أو أقربائه بالحيرة والألم من اضطراب نفسي. وأنك قد تعجز أمام أحد الأعراض البدنية التي لا تجد لها تفسير، وقد غامرتك مخاوف غير منطقية، أو راودك الفكر بأن الحياة لا تستحق أن تعاش.

ومن الملاحظ أنه كل عام يدخل ١,٧ مليون حالة المستشفيات النفسية، ووحدات الطب النفسي بالولايات المتحدة الأمريكية، وحوالي ٢,٤ مليون انزعجوا دون وجود إصابة بالعجز، وينشدون المساعدة كمرضى خارجيين يترددون على مؤسسات وعيادات الصحة العقلية. وحوالي ١٥٪ من الأمريكيين محكوم عليهم بالحاجة إلى مثل هذه المساعدة. هذا ولا توجد ثقافة خالية من الدائيين الرهيبين: الاكتئاب والفصام. ويعانى حوالي ٤٠٠ مليون شخص حول

العالم من الاضطرابات النفسية، هذا ما قرره مدير الصحة النفسية بمؤسسة الصحة النفسية العالمية .

تحديد الاضطرابات النفسية :

لقد كان **جيمس أوليفر هابيرتى J.O.Huberty** يسمع أصواتاً " تحدث مع الله " كما قررت زوجته. وبالرغم من عدم ذهابه إلى فيتنام، فإنه قد دخل أحد مطاعم "ماك دونالد" في كاليفورنيًا في صيف عام ١٩٨٤ وهو يصيح " لقد قتلت ألفاً في فيتنام وسأقتل ألفاً آخرون " وقبل أن ترديه الشرطة قتيلاً كان قد قتل ما يقرب من ٢١ فرداً .

ومع نهاية الحرب العالمية الثانية أصبح **جيمس فوريستال J.Forrestal** " سكرتير الدفاع الأول بأمريكا " مقتنعاً تماماً بأن وكلاء الموساد الإسرائيلي يراقبونه. وشُخص باعتباره مريضاً عقلياً وحُجز بدور علوي بإحدى المستشفيات العسكرية. وقد انتهى الأمر بالموت.

فكل من الأصوات التي سمعها " **هابيرتى** " ودرجة القلق والاكتئاب التي خبرها " **فوريستال** " كانت عبارة عن انحرافات عن السواء. فهذه كانت مدركات شاذة (غير سوية)، ونتيجة اختلافها عن مدركات معظم الناس الآخرين وعن ثقافة الفرد، فكان هذا الأمر يُعرف كاضطراب نفسي .

وهناك نوع آخر من الشذوذ، إنه ليس اضطراباً، فأصحاب الميداليات الذهبية شاذون فى قدرتهم البدنية، إنهم أبطال، لكن سلوكهم غير نمطى لم يألفه الكثير من الناس.

هذا وتختلف معايير قبول السلوك من ثقافة لأخرى، كما تتغير على مر الزمن.

فالسلوكيات غير النمطية والمسببة للإزعاج أكثر احتمالاً لأن تعتبر مضطربة عند الحكم عليها كمؤذية، والكثير من الإكلينيكيين يعرفون الاضطرابات النفسية كسلوكيات سيئة التكيف مثل ما يحدثه اعتماد المدخن

للنيكوتين من تلف بدني. وهكذا فإن السلوكيات النمطية مثل الكآبة العرضية التي يشعر بها طُلاب الجامعة قد تشير إلى اضطراب نفسي إذا أصبحت معجزه. وسوء التكيف هو المفتاح حيث يجب أن تسبب السلوكيات أسى أو عجز أو تضع الفرد في مخاطره للمعاناة أو الموت .

هذا والسلوك الشاذ يحتمل إلى أقصى حد باعتباره مضطرب حينما يجده الآخرون غير مبرر من الناحية المنطقية. فالأطباء قد أرجعوا سلوك "فوريستال" على خياله وقرروا أنه مضطرب. ولو أنه استطاع أن يقنع الآخرون بشكوكه فربما كانوا ساعدوه. وكذلك "هابيرتى" الذي ادعى أنه يسمع أصواتاً وتحدث مع الله، فنحن نزعم أنه كان مخبولاً، وهكذا فإن العاملون في مجال الصحة النفسية يصفون السلوك بأنه اضطراب نفسي حينما يحكمون عليه بأنه غير نمطي، ومؤدياً إلى إزعاج، وسئ التكيف، وغير مبرر بشكل منطقي.

ما هو الاضطراب النفسي ؟

للاضطراب النفسي ملامح وأعراض عديدة تختلف من مرض إلى مرض وتباين شدتها أو حدتها في المرض الواحد من فرد إلى فرد، وحتى في المريض الواحد من وقت لآخر. وفى ضوء هذه الملامح والأعراض نحكم على سلوكنا بالسواء أو عدم السواء، وفى بعض الحالات تكون الأعراض مأساوية وغير عادية ويصبح الشخص غير طبيعياً على طول الخط وفى هذه الحالة لن يكون من الصعب الحكم على الاضطراب حتى من قبل أخصائي نفسي مبتدئ، ومثال ذلك الشاب الذي يعتقد أن آرائه تذاع بواسطة محطات التليفزيون إلى كل أرجاء الأرض، أو الفتاة التي تتكلم بشكل مستمر بصوت مرتفع مع أشخاص متوفيين من عائلتها فكلاهما فقد الارتباط بالواقع.

ولكن بعض الحالات يكون من الصعب تشخيصها وتحتاج إلى معالج بارع لتشخيصها لما بها من تشوش وغموض، فالموظف الذي يهجر وظيفته لأن مشرفه الإدارى قد وجه لوماً أو نقداً وترتب على ذلك

أن وضع في ضائقة مالية كبيرة، والشخص الذي يؤمن أن للعرافين قدره على قراءه المستقبل، والرجل الذي يستمتع بارتداء ملابس النساء مع أنه سعيد في علاقته الزوجية ويظهر قدراً لا بأس به من السواء، والمدخنين والرياضيين الذين يستمرون في تعاطي المنشطات مع علمهم بمخاطرها.

فكل هذه الحالات توضح أنه مُن الصعب أن نحدد الاضطراب النفسي أو السلوك اللاسوى بشكل قاطع، وللتغلب على تلك الصعوبة عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في كتابها الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية "الإصدار الرابع D.S.M. IV" الاضطراب النفسي بأنه نمط أو متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إكلينيكية ترتبط بأعراض مؤلمة أو قصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة. ويؤكد الدليل من خلال عرضه لامكانية الاستدلال سواء بالملاحظة أو بالقياس على وجود القصور أو العجز في النواحي السلوكية أو النفسية أو البيولوجية، وأن الاضطراب لا يقتصر فقط على علاقة الفرد في المجتمع .

وتتفق الجمعية الأمريكية للطب النفسي ومنظمه الصحة العالمية على ثلاث أمور لتعريف الاضطراب النفسي ؛ وهى :

١- وجود ألم عضوي أو نفسي واضح .
٢- أن يصاحب الاضطراب قصور ذات دلالة إكلينيكية في النواحي الشخصية والمهنية للمريض.
٣- لا يكفى تعريف الاضطراب أو الحكم على وجوده من خلال الصراع الدائر بين الفرد والمجتمع أو انحراف سلوكه عن معايير المجتمع .

والقضية الأخيرة تلقى قبولاً في بعض الأحيان، فالشاب الفلسطيني الذي يعيش في الأراضي المحتلة، ثائراً معارضاً لاغتصاب

أرضــه هـو فــي قمــة السـواء النفســي حـتى لـو أحــاط جسـده بحـزام ديناميـت وفجـره فـي جمـع مـن مغتصبـي أرضــه، لـن يكـون مريضـاً نفسـياً وإلا مــا فعل ذلك .

انتشار الاضطرابات النفسية :

ما مدى شيوع الاضطرابات النفسية ؟

المسح الأكثر شمولا نشر عام ١٩٨٤ م وقد أجرى على الراشدين فى الولايات المتحدة الأمريكية. وأطلق عليه المسح القومي للمصاحبات المرضية المشتركة National Comparability Survey، وفيه تم عمل مسح للأمريكيين البالغين من العمر ١٥ حتى ٥٤ سنة؛ وسئلوا عن الأعراض الخاصة بالاضطرابات النفسية التي كانوا يخبرونها في :

١- أي مرحلة في حياتهم ؟

٢- غضون ١٢ شهراً سابقاً ؟

وقد وجد الباحثون من نتائج المسح أن انتشار الاضطرابات النفسية كان أكثر ارتفاعا مما كانوا يظنون، فقد وجدوا أن نسبه ما بين ٤٨٪ من الراشدين قد خبروا الأعراض الخاصة بالاضطرابات النفسية في مرحلة ما من العمر، ونسبة الأفراد الذين خبروا أعراض اضطراب نفسي في ١٢ شهر سابقة كانت حوالـي ٣٠٪، وأن حوالـي ٨٠٪ مـن الذيـن عـانوا مـن الأعـراض الخاصـة باضطراب عقلي في السنة السابقة لم يسعوا إلى أي نمط من العلاج أو المساعدة لأعراضهم .

ومن الممكن أن ننظر إلى النتيجة السابقة بطريقتين :

الأولى: أن أفراداً كثيرين من الممكن أن يستفيدوا من علاج الصحة النفسية، ولكنهم لايسعون إليه، وهذا قد يعكس نقصاً في الوعي بالاضطرابات النفسية، أو بسبب وصمة العار التى لازالت موجودة عند السعي لعلاج الأعراض النفسية .

الثانية : قد كانت الاضطرابات العقلية أعلى بكثير مما كان يعتقد، فمن الواضح أن معظم الأفراد يتحملون الأعراض دون أن يضعفوا " حقاً إن الحالات الخطيرة التي تطلبت علاجاً مباشراً قد مثلت ما يقرب من ٣٪ إلى ٥٪، وقد طور هؤلاء الأشخاص من الناحية النمطية اضطرابات عقلية عديدة على مر الزمان وليس فقط اضطراب واحد ظهر فجأة" .

كذلك اتضح أيضاً أن هناك اختلاف بين الجنسين في انتشار الاضطرابات العقلية حيث حصلت النساء على انتشار أكبر للقلق والاكتئاب في حين حصل الرجال على انتشار أعلى لاضطرابات سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً .

أسباب الأمراض النفسية :

لكل شيء سبب. ولا شيء يأتي من لاشيء nothing comes from nothing.

هذا وتتلخص أسباب الأمراض النفسية من تفاعل قوى كثيرة متعددة ومعقدة، داخلية في الإنسان وخارجية في البيئة .

تقسيم الأسباب :

أ. الأسباب الأصلية أو المهيئة :

وهي تلك الأسباب غير المباشرة التي تمهد لحدوث المرض. والتي ترشح الفرد وتجعله عرضة لظهور المرض النفسي إذا ظهرت أسباب مساعده تعجل بظهور المرض النفسي في تربة أعدتها الأسباب الأصلية. وتلك الأسباب الأصلية متعددة ومختلفة وربما يستمر تأثيرها على الفرد عدة سنوات. مثال :

١ - العيوب الوراثية .

٢ - الاضطرابات الجسمية .

٣ - الخبرات المؤلمة خاصة في مرحله الطفولة .

٤ - انهيار الوضع الإجتماعي .

ب ـ الأسباب المساعدة أو المرسبة :

هي تلك الأسباب المباشرة والأحداث الأخيرة السابقة للمرض النفسي والتي تعجل بظهوره. ويلزم لها أن يكون الفرد مهيأ للمرض النفسي. أي أن السبب المساعد يكون بمثابة " القشة التي قسمت ظهر البعير " أو " الزناد الذي يفجر البارود". وتندلع آثارها في أغراض المرض، أي أنها تفجر المرض ولا تخلقه. ومن أمثلتها :

١ـ الأزمات والصدمات كالأزمات الاقتصادية والصدمات الانفعالية .

٢ـ المراحل الحرجة في حياه الفرد مثل : سن البلوغ، سن الشيخوخة، عند الزواج، الإنجاب، الانتقال من بيئة إلى أخرى، أو من نمط حياة إلى حياة أخرى.

جـ ـ الأسباب النفسية :

هي أسباب ذات أصل ومنشأ نفسي، وتتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في الطفولة وعدم إشباع الحاجات الضرورية للفرد واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية. ومن أهم تلك الأسباب النفسية :

١ـ الصراع .

٢ـ الإحباط .

٣ـ الحرمان .

٤ـ العدوان .

٥ـ حيل الدفاع غير التوافقية .

٦ـ الخبرات السيئة والصادمة .

٧ـ عدم النضج النفسي .

٨ـ العادات غير الصحية .

٩ـ الإصابة السابقة بالمرض النفسي .

د ـ الأسباب البيئية الخارجية :

وهى تلك التي تحيط بالفرد في البيئة أو المجال الإجتماعى. ومن أمثلتها :

١ـ اضطراب العوامل الحضارية والثقافية .

٢ـ اضطراب التنشئة الإجتماعية في الأسرة والمدرسة والمجتمع .

ولابد لنا في تحديد أسباب وتشخيص المرض النفسي ألا نبالغ في مجموعة من الأسباب على حساب الأخرى، بل لابد لنا من أن نهتم بالأسباب الحيوية والنفسية والبيئية المهيأ منها والمرسب .

ولا نغفل على أهمية تحديد الأسباب كما يراها المريض نفسه وأن نذكره بأن " لا شيء يأتي من لا شيء ". ولا شك أن معرفة الأسباب بدقة تساعد في إزالتها وتجعل التنبؤ بنجاح العلاج محتملاً جداً .

هـ ـ الأسباب الحيوية

الاضطرابات الوراثية :

يقصد بها الانتقال الحيوي (البيولوجي) من خلال الموروثات (الجينات) من الوالدين إلى الأولاد في لحظه الحمل .وأهم ما يتأثر بالوراثة التكوينات الجسمية مثل: الطول، لون البشرة، لو ن الشعر، لون العينين، التكوينات العصبية، ومعدل نشاط الغدد. ويختلف الأفراد بعضهم عن بعض بالوراثة من حيث درجة الحساسية والتأثر ودرجة الاحتمال. ويختلفون بالوراثة من حيث الدوافع والحيوية والقابلية للتعلم .

وهناك بعض الأمراض التي يركز العلماء على أثر الوراثة فيها وهى عمى الألوان والعته العائلي الكامن. وهناك أمراض نفسية يحتمل أن يكون للوراثة دور فيها وهى الفصام، ذهان الهوس والاكتئاب، الضعف العقلي، والصرع.

ومن أهم الأسباب الوراثية للمرض النفسي :

١- التشوهات الخلقية الوراثية .

٢- اضطراب درجة الحساسية الوراثي .

٣- اضطراب درجة الاحتمال .

٤- اضطراب قوة الدوافع .

٥- اضطراب الحيوية .

٦- وضعف القابلية للتعلم .

الاضطرابات الفسيولوجية :

قد تتغلب وتسود ويكون تأثيرها مباشراً، وبذلك يكون الاضطراب النفسي فسيولوجي أو عضوي المنشأ .

أهم الأسباب الفسيولوجية :

١- خلل أجهزه الجسم .

٢- التغير الفسيولوجي في مراحل النمو المختلفة، وأهم مظاهره :

- البلوغ الجنسي .
- الزواج.
- الحمل والولادة .
- سن القعود .
- الشيخوخة .

اضطرابات البنية أو التكوين PHYSIQUE :

يقصد بها البناء الحيوي للفرد. وهى عبارة عن المعادلة النفسية الجسمية للتنظيم الفردي. وتشمل الخصائص الفطرية للفرد وخبراته البيئية المبكرة. وتتأثر البنية أو التكوين بالوراثة وتتعدل عن طريق المؤثرات البيئية

في مسار النمو. وبالتأكيد لا ينفرد التكوين في تسبب المرض النفسي بل يشترك مع غيره من العوامل المسببة المهيئه والمرسبة .

وفيما يلي الأسباب التكوينية الأساسية :

١- اضطراب النمط الجسمي .

٢- اضطراب المزاجTemperament .

العوامل العضوية :

يعتقد بعض الباحثين أن بعض الأمراض النفسية تحدث بسبب عوامل عضوية كالتغيرات الفيزيائية أو الكيميائية التي تكفى لإحداث اضطراب عضوي وبالتالي تفسح المجال لردود أفعال مرضية.

أهم العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية :

١- الأمراض .

٢- التسمم .

٣- الإصابات .

٤- العاهات والعيوب والتشوهات الجسمية .

أسباب حيوية أخرى :

١- مراحل السن الحرجة .

٢- ظروف العمل القاسية .

بعض العوامل النفسية الأخرى وراء الاضطراب النفسي:

أ- الصراع Conflict :

هو العمل المتزامن للدوافع أو الرغبات المتعارضة أو المتبادلة، وينتج عن وجود حاجتين لا يمكن إشباعهما في وقت واحد، ويؤدى إلى التوتر الإنفعالى والقلق واضطراب الشخصية .

ويعتبر أهم الأسباب النفسية المسؤلة عن المرض النفسي. فالشخصية التي يهددها الصراع يهددها القلق وتكون فريسة للمرض النفسي .

ويتضح الصراع في :

- تجنب الواقع × مواجهة الواقع .
- الاعتماد على الغير × الاعتماد على النفس وتوجيه الذات .
- الإحجام والخوف × الإقدام والشجاعة .
- الحب × الكره .

أنواع الصراع :

١- صراع الإقدام approach -approach conflict .

٢- صراع الإحجام avoidance – avoidance conflict .

٣- صراع الإقدام الإحجام approach – avoidance conflict .

٤- صراعات أخرى :

- الصراع بين الهو والأنا .
- الصراع بين الأنا والأنا الأعلى .
- الصراع بين الهو والأنا الأعلى .
- الصراع بين الدوافع والضوابط .
- الصراع بين المعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية .
- الصراع بين الحاجات الشخصية والواقع .
- صراع القيم .
- صراع الأدوار الاجتماعية .
- الصراع بين الطبقات .
- الصراع الثقافي بين الأجيال .

- الصراع مع السلطة .

ب ـ الإحباط :

هو حالة تعاق فيها الرغبات الأساسية أو الحوافز أو المصالح الخاصة بالفرد، أو اعتقاد الفرد أن تحقيق هذه الرغبات والحوافز والمصالح صار مستحيلاً" أي أنه هو العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجاته أو إشباع حاجاته أو تحقيق أهدافه"أو توقع وجود هذا العائق مستقبلاً". هذا وتختلف الاستجابة للإحباط من شخص لآخر .

يقسم الإحباط إلى :

١- الإحباط الداخلي (الشخصي) .

٢- الإحباط الخارجي (البيئي) .

٣- الإحباط التام .

٤- الإحباط الجزئي .

جـ ـ الحرمان :

هو انعدام الفرصة لتحقيق الدافع أو إشباع الحاجة أو انتقاؤها بعد وجودها. ومن أمثلته :

١- الحرمان الحيوي .

٢- الحرمان النفسي المبكر .

٣- الحرمان البيئي العام .

٤- عدم إشباع الحاجات الأساسية مثل الحاجات الحشوية، الحسية، الإنفعالية، النفسية، الاجتماعية، والجنسية .

٥- الحرمان من دافع الوالدية.

٦- الحرمان من حب وعطف وحنان ورعاية الوالدين .

د ـ إخفاق حيل الدفاع النفسي :

يؤدى إخفاق حيل الدفاع النفسي إلى عدم تحقيق الهدف وهو تجنب التوتر والقلق. وفى حالة اللجوء إلى حيل الدفاع غير السوية العنيفة مثل النكوص والعدوان والإسقاط والتحويل، فإن سلوك الفرد يظهر مرضياً .

ومن أمثله ذلك :

١- إخفاق الكبت .

٢- استحالة الإعلاء .

٣- الترميز .

٤- التعويض الزائد .

٥- الإسقاط الزائد .

٦- التفكك .

٧- الاستغراق في التخيل .

٨- النكوص .

هـ ـ الخبرات السيئة أو الصادمة :

فموقف الخبرة الصادمة يحرك العوامل الساكنة ويستفز ما لدى الفرد من عقد وانفعالات ودوافع مكبوتة. ويقال أن كل مرض نفسي هو مأساة كتبت فكرتها في الطفولة بيد الوالدين، ويقوم الفرد الضحية بتمثيلها في عهد الكبر. ويمكن القول أن صدمة واحدة قد لا تؤثر في بناء الشخصية، ولكن تكرار الصدمات يصدعه والانفجار ينسفه.

ومن أمثلتها :

١- موت والد أو أخ .

٢- عمليه جراحية أو مرض شديد .

٣- انفصال مفاجئ أو مستمر عن الوالدين .

٤- الإحباط المستمر أو الشديد .

٥- الحرمان من الحاجات الجسمية الأساسية .

٦- الخبرات الجنسية الصادمة ذات الدلالة الانفعالية .

٧- خيبة وتحطيم الآمال .

٨- جرح الكبرياء .

٩- الأزمات الإقتصادية.

١٠- المشكلات الإجتماعية.

١١- مواجهة حالات غير عادية .

و- العادات غير الصحية :

إن التكوين الخاطئ أو غير الصحي للعادات السلوكية يلعب دوراً هاماً في إنتاج الشخصية غير السوية والمرض النفسي .

ومن أمثلـه ذلك :

١- العادات الجسمية غير الصحية (كما في المشي أو الكلام) .

٢- سوء العادات الإجتماعية (كضعف الضمير وعدم تحمل المسئولية) .

٣- سوء العادات العقلية المعرفية(كنقص المعرفة بالمبادئ العلمية الأولية).

٤- ضعف سلطان الإدارة والاختيار (الأنماط غير الصحية لردود الأفعال للانفعالات) .

٥- سوء العادات الإنفعالية (كالحزن والخوف من المستقبل) .

٦- سوء العادات الدينية والأخلاقية .

ز- الإصابة السابقة بالمرض النفسي :

تترك الإصابة السابقة بالمرض النفسي المريض بعد شفائه عرضة للنكسة أو الإصابة مره أخرى إلا إذا عولج علاجاً طويلاً هادفاً وقائياً شاملاً.

ح ـ أسباب نفسية أخرى :

١ ـ التناقض الوجداني(الحب، الكراهية،الشعور بالأمن، والشعور بالقلق).

٢ـ الضغوط النفسية (بسبب المنافسة ومطالب الزواج ومطالب المدنية المعقدة) .

٣ـ الإعداد غير الكافي للمراهقة أو الرشد أو الشيخوخة .

٤ ـ الإطار المرجعي الخاطئ بخصوص الحقيقة والقيم والأفكار الخرافية .

٥ـ مفهوم الذات السالب .

الأسباب البيئية للاضطراب النفسي:

١) ضغوط البيئة الإجتماعية :

تؤثر البيئة والوسط الإجتماعى الذي يتحرك فيه الفرد في تشكيل ونمو شخصيته وتحديد حيل دفاعه النفسي عن طريق التربية والضغوط والمطالب التي تسود في البيئة التي يعيشها. والبيئة التي تربى فيها الفرد والمؤثرات التي خضع لها منذ الطفولة تحدد سمات شخصيته سواء أكانت سويه أم لا سوية وتدل بعض الدراسات النفسية على أن نسبه المرض النفسي تتفاوت حسب البيئة الفقيرة أو الغنية والحضرية أو الريفية .

٢) جموح التغير الإجتماعى Uncontrolled Social Change :

لقد كان التغير فيما مضى بطيناً إذا قورن بالتغير السريع الحادث الآن والأسرع الذي سيحدث في المستقبل والذي قد تصل سرعته إلى " التهور " مما قد يظهر في المجتمع بشكل " مجتمع مهووس manic society " وتصبح سرعة التغير الإجتماعى الجامح صادمة تؤدى إلى ما يسمى " صدمة المستقبل future shock " مسببه للاضطراب النفسي وربما مدمره عندما لا يستطيع الإنسان استيعاب نتائج التغير السريع، وعندما يتناول التغير القيم الأساسية،

وعندما ينفلت عيار الضبط الإجتماعى social control ولا يقوى على كبح جماح تهور التغير الإجتماعى .

٣) العوامل الحضارية والثقافية :

تمثل العوامل الحضارية والاتجاهات الثقافية عوامل هامة في إنتاج المرض النفسي. وتدل بعض الشواهد على أن بعض الأمراض النفسية تميل إلى الانتشار في المجتمعات المتحضرة أكثر من المجتمعات البدائية .

ومن أمثلـه ذلك :

- الثقافة المريضة: التي تسود فيها عوامل الهدم مما يولد الإحباط، والتعقيد الثقافي.
- التطور الحضري السريع: وعدم التوافق مع الحياة الصناعية المعقدة وعدم التوافق مع عصر السرعة .
- التصادم بين الثقافات: فهناك بعض التناقض بين الثقافات الشرقية والغربية.

٤) اضطراب التنشئة الاجتماعية :

قد يصبح أي شيء يعوق عمليه التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي والاندماج الاجتماعي مصدراً للضغط والاضطراب النفسي. ولا شك أن التنشئة الإجتماعية غير السوية تخلق إحباطات وتوترات لدى الفرد .

ومن أمثلـه ذلك :

- الاضطرابات في الأسرة : (الوالدين، الطفل، الوالدين والطفل، الطفل والأخوة، والطفل والأسرة)
- سوء التوافق في المدرسة : (الأسرة والمدرسة، المربون، التلميذ، المربون، والتلميذ ورفاقه).

- سوء التوافق في المجتمع : (الصحبة السيئة، مشكلات الأقليات، سوء التوافق المهني، سوء الأحوال الإقتصاديه، تدهور نظام القيم، الكوارث الاجتماعية، الحرب، والضلال) .
- الحضارة (نعمة ونقمة) .

أعراض الأمراض النفسية :

تختلف الأسس التي يقوم عليها التصنيف من حيث كون الأعراض داخليه أو خارجية، عضوية أو نفسية المنشأ، والوظيفة النفسية التي تظهر فيها الأعراض حيث قد تظهر في الوظائف العقلية العليا أو وظائف أعضاء الجسم أو النواحي الإنفعالية أو الإجتماعية.

- **الأعراض الداخلية :**

هي التي لا تلاحظ مباشرة ولكن تلاحظ من تعبيراتها السلوكية مثل الخواف .

- **الأعراض الخارجية :**

وتكون ظاهرة وواضحة فمنها فرط إفراز العرق أثناء القلق أو الجمده في والفصام .

- **الأعراض عضوية المنشأ :**

تحدث نتيجة اضطرابات وتغيرات فسيولوجية أو اضطراب أي جهاز آخر. وقد تكون لعوامل داخلية كالتغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي كما في أورام المخ. وقد تكون نتيجة لعوامل خارجية كالعدوى أو التسمم، مثل عدوى الزهري في الشلل الجنوني العام، والكحول في مرض كورساكوف، وقد يصاحب الأعراض عضوية المنشأ أعراض نفسية نتيجة للاضطراب النفسي، وهذا ما نجده في الأمراض الجسمية في نفس الوقت، ومثال ذلك الاكتئاب والأنيميا.

- **الأعراض نفسية المنشأ :**

تنتج عن العمليات النفسية المضطربة التي تسببها عوامل داخلية وخارجية تعتبر علامات على محاولة المريض في جهاده وحربه ودفاعه ضد مشكلاته. والأعراض نفسية المنشأ تكون في الغالب تعبيراً عن اللاشعور، وبالتالي فالمريض قد لا يعي أصلها أو معناها، إلا أنه يعي وجود ضغط داخلي فيوجه هذه الأعراض كأسلحة لمقاومة هذا الضغط .

أعراض الاضطرابات الأخرى:

اضطرابات الإدراك Disorders of Perception :

١- **الهلوسات** Hallucination :

- **الهلوسات السمعية .**
- **الهلوسات البصرية .**
- **الهلوسات الشم .**
- **الهلوسات الذوقية .**
- **الهلوسات اللمسية .**
- **الهلوسات الجنسية .**
- **هلوسات التوقع .**

٢- **الخداع** Illusion :

- **الحس الزائد .**
- **الحس الزائف .**
- **الحس المختلط .**
- **الخدر .**
- **اضطراب حاسة الشم .**
- **اضطراب الجهاز العضلي .**

اضطرابات التفكير Disorders of Thinking :

١- اضطراب إنتاج الفكر:

- التفكير الذاتي أو الخيالي .
- التفكير غير الواقعي أو غير المنطقي .

٢- اضطراب سياق التفكير :

- طيران الأفكار .
- تأخر أو بطء التفكير .
- الترديد أو المداومة .
- المنع أو العرقلة .
- الخلط أو الإسهاب .
- التشتت أو عدم الترابط .

٣- اضطراب محتوى الفكر :

- الأوهام .
- الوساوس .
- الخواف .
- فقر الأفكار .
- البلادة الفكرية .
- ضغط الأفكار .
- انتزاع الأفكار .
- إقحام الأفكار .
- الانشغال .
- تناقض الأفكار .
- السفسطة .

اضطرابات الذاكرة Disorders of Memory :

١- حدة الذاكرة Hypermedia .

٢- فقد الذاكرة أو النسيان Amnesia :

- **فقد الذاكرة الرجعى .**
- **فقد** الذاكرة اللاحق .

٣- **خطأ الذاكرة Par amnesia :**

- **التزييف .**
- **التأليف .**
- **الألفة .**
- **الجدة .**
- **اضطراب الحفظ والاسترجاع .**
- **فجوات الذاكرة .**
- **فلتات اللسان.**
- **زلات القلم .**
- **نسيان عمل شيء معين .**
- **استخدام الكلمات الخاطئة .**

اضطرابات الوعي أو الشعور Disorders of Consciousness :

١- تغيم الوعي أو تشوش الشعور Clouding of Consciousness .

٢- اضطراب التوجيه Disorientation .

٣- الذهول Stupor .

٤- الهذيان Delirium .

٥- الحالة الحالمة أو الغسقية Dream or Twilight State .

٦- الخلط Confusion .

٧- التفكك Dissociation .

اضطرابات الانتباه Disorders of Attention :

١- زيادة الانتباه Hyperprosexia .

٢- قله الانتباه Inattention .

٣- تحول الانتباه Distractibility .

٤- السهيان Aprosexia .

٥- الانشغال Preoccupation .

اضطرابات الإرادة :

١- اضطراب اتخاذ القرارات .

٢- اضطراب الفعل الارادى .

٣- اضطراب الدافعية .

اضطرابات الكلام :

١- اضطرابات الكلام العامة :

- الحبسة.
- تأخر الكلام .
- الكلام التشنجي .
- الكلام الطفلى .
- اللغة الجديدة .

٢- عيوب طلاقة اللسان :

- اللجلجة أو التهتهه .
- العقلة .

٣- اضطرابات كم الكلام :

- الثرثرة .
- قلـه الكلام .
- الخرس أو البكم .

٤- اضطرابات سريان الكلام :

- بطء الكلام .
- سرعة الكلام .
- عرقلة الكلام .

٥- اضطراب تكرار الكلام :

- النمطية .
- اجترار الكلام .
- المصاداه .

٦- صعوبات النطق :

- الإبدال :
  - الثأثأة .
  - اللثغة .
  - الطمطمه .
  - اللكنة .
- التردد :
  - التمتمة .
  - الفأفأه .
- اللعثمة .

- الترخيم .
- اللفف.

٧- اضطرابات الصوت :

- الخن .
- الغمغمة .
- المقمقة .
- الاندفاع في الصراخ والسباب .
- السلبية والامتناع عن الكلام .

اضطرابات الانفعال :

١- القلق Anxiety .
٢- التوتر Tension .
٣- الفزع Panic .
٤- التبلد Apathy .
٥- اللامبالاة Indifference .
٦- التناقض الانفعالي Ambivalence .
٧- نقص الثبات الانفعالي Emotional Liability .
٨- انحراف الانفعال Perversion .
٩- المرح Elation .
١٠- النشوة أو التجلي Euphoria .
١١- الوجد Exaltation .
١٢- مشاعر الذنب الشاذة .
١٣- الاستثارية.

اضطرابات الحركة :

١- النشاط الزائد Hyperactivity .

- النشاط الزائد المرتبط بسرعة سريان الفكر .
- عدم الاستقرار الحركي .
- التوتر العضلي .

٢- النشاط الناقص Hypo activity .

- التدهور الحركي .
- الوهن .
- الشلل .

٣- النشاط المضطرب Disordered Activity .

- العجز الحركي .
- الفزع .
- التقلب .
- الحركات الناقصة .
- التشنج .
- التقلص العضلي .
- الخلجات .
- الارتجافات .

٤- النشاط المتكرر Stereotypy .

٥- الجمدة Catalepsy .

٦- اللزمات الحركية Mannerisms .

٧- الآلية Automation .

- الطاعة لآلية .
- المحاركه.

٨- السلبية Negativism .

٩- القهر Compulsion .

١٠- العدوان Aggression .

١١- المقاومة Resistance .

١٢- النفور Aversion .

اضطرابات المظهر العام :

١- اضطراب وتطرف النمط الجسمي :

- النمط النحيف .
- النمط البدين .
- النمط العضلي .
- النمط غير المنتظم .

٢- اضطرابات تعبيرات الوجه :

- الحزن والكآبة .
- السرور والنشوة .
- اللاتعبير .

٣- اضطراب حالة الملابس :

- السواد .
- إهمال الملابس والفوضى .
- الملابس القذرة الممزقة .
- الملابس غير المتناسقة والشاذة .

- التكلف والتصنع .
- الإفراط في التزيين والتبرج .

٤- اضطراب حالة الشعر :

- التصفيف الغريب .
- الإهمال .

٥- اضطراب الوضع أو الوقفة :

- الوضع الخاص التمثيلي .
- الوضع التعبيري الشاذ .

اضطرابات التفهم :

تظهر في شكل :

١- اضطراب الإدراك الواعي .

٢- اضطراب إدراك مضمون الشعور .

وهنا يضطرب الفكر والتحليل والتركيب والتقييم وتشرب الخبرات والإحاطة بالمواقف والأحداث والخبرات الجديدة. وعندما يضطرب التفهم يصبح المريض مشتت الانتباه ويتعطل فهمه. ويلاحظ اضطراب التفهم في ذهان الشيخوخة والضعف العقلي والتسمم .

اضطرابات البصيرة :

وفيها لا يستطيع المريض فهم نفسه داخلياً خاصة فيما يتعلق بمشكلاته الاجتماعية بمرضه ومشكلاته الإجتماعية ومسئولياته. ولا يدرك المريض طبيعة مرضه ولا يفهم أسبابه ولا أعراضه، ومن ثم لا يسعى لاستشاره المختصين ولا يبحث عن العلاج ولا يتقبل العلاج ولا يستمر فيه. ولذلك فإن اضطراب البصيرة يجعل العلاج صعباً. ويلاحظ في معظم أنواع الذهان .

الاضطرابات العقلية المعرفية :

في بعض أشكال التدهور العقلي يلاحظ تدهور الذكاء خاصة في الأمراض العضوية. ويظهر ذلك في شكل عدم القدرة على القيام بالنشاط العادي في الحياة اليومية، وقله الاهتمام بالعالم الخارجي، ونقص القدرة على التعليم . .

ويزداد التدهور العقلي المعرفي في الحالات الشديدة وخاصة في الذاكرة والفهم والتفكير والانتباه والإدراك والقدرات العقلية المعرفية الأخرى. ويطلق البعض عليه اسم الخبل، وفيه يصل الحال بالمريض إلى عدم القدرة على الاتصال والتفاعل الإجتماعى، وعدم القدرة على رعاية نفسه. وقد يتدهور الحال بالمريض إلى أن يصبح وجوده مجرد وجود حيوي فقط .

اضطرابات الشخصية :

تظهر في سمات الشخصية مثل :

١- الانطواء.

٢- العصابية.

٣- عدم الاتزان الإنفعالى.

٤- التقلب "عدم الاستقرار".

٥- الخضوع.

٦- ضعف الأنا الأعلى.

٧- اللامبالاة.

٨- السلبية.

٩- الثرثرة.

١٠- الاندفاع.

١١- الاستثاريه.

١٢- التشاؤم.

١٣- الجمود والعبوس .

اضطرابات الغذاء :

من أشيعها :

١- قلة الأكل .

٢- الإفراط في الأكل .

٣- البطء الشديد في تناول الطعام .

٤- تقاليع الأكل .

٥- رفض الطعام وفقد الشهية في الاكتئاب.

٦- الامتناع عن الطعام في الخوف .

اضطرابات الإخراج :

ومن أشيعها :

١- البوال.

٢- سلس البول.

٣- عدم القدرة على التحكم في التبرز.

٤- الإمساك العصبي.

٥- الإسهال العصبي .

اضطرابات النوم :

ومن أهمها :

١- الأرق .

٢- تقطع النوم .

٣- التقلب الزائد أثناء النوم .

٤- اضطراب نظام النوم .

٥- قرض الأسنان أثناء النوم .

٦- الكلام أثناء النوم .

٧- المشي أثناء النوم .

٨- المخاوف الليلية .

٩- الأحلام المزعجة المتكررة .

١٠- الكابوس .

١١- سوء التوافق.

١٢- سوء التوافق الصحي .

١٣- سوء التوافق الشخصي .

١٤- سوء التوافق الإجتماعى .

١٥- سوء التوافق الزواجى .

١٦- سوء التوافق الأسرى .

١٧- سوء التوافق التربوي .

١٨- سوء التوافق المهني .

اضطرابات الانحرافات الجنسية :

١- نحو نفس الجنس .

٢- نحو موضوعات مادية.

٣- نحو العاهرات.

٤- نحو الذات .

٥- انحراف الدرجة .

٦- مظهرية.

٧- إجرانية .

٨- إجرامية .

٩- حيوانية.

١٠- نادرة.

أعراض نفسية - جسمية وعصبية :

١- أعراض هستيرية :

- الأعراض الحسية .
- الأعراض الحركيةً .
- الأعراض الـهستيرية العامة .

٢- أعراض نفسية جسمية :

- في الجهاز الدوري .
- في الجهاز التنفسي .
- في الجهاز الـهضمي .
- في الجهاز الغددي .
- في الجهاز التناسلي .
- في الجهاز البولي .
- في الجهاز الـهيكلي .
- في الجلد .
- في الجهاز العصبي .

الفصل الثالث

نظريات تفسير الاضطراب النفسي

الفصل الثالث

نظريات تفسير الاضطراب النفسي

وجهات النظر المفسرة للاضطراب النفسي

وصف ويكفيلد **Wakefield 1992** سبع وجهات نظر متباينة للسلوك اللاسوى وعلى الرغم من أن بعضها مثير للاستفزاز إلا أنها تستحق الدراسة ولكن لم تستطيع واحدة منها على العموم تقديم تعريف جامع مانع لمعنى السلوك اللاسوى Abnormal behavior بل أنها تعطى مفاهيم متعددة لهذا المصطلح ووجهات النظر المفسرة هي:

خرافة المرض العقلي. mental disorder as myth

لقد أطلقها **توماس زاس ١٩٦٠ Thomas szasz** فكرة مدوية قال فيها أن الفصام ليس مرضا وأن فكرة المرض العقلي مجرد خرافة أو أسطورة ابتدعها الأطباء النفسيين ليحكموا سيطرتهم وسطوتهم الاجتماعية علي مرضاهم كما يفترض أن المرض النفسي في أحد مسبباته ناتج عن القمع وغياب العدل وهو مجرد استجابة اجتماعية، أي طريقة احتجاج علي الظلم أو القهر أو القمع أو ناتج مركب لذلك كله والقمع في تقديره ناشئ عن تسلط الطبيب علي المريض بحكم الدور أو المكانة أو الهيمنة التي يسعي الطب الحديث لترسيخها أما المعالج فهو الإدارة التي تستخدمها السلطة لقمع الآخر وهو ما يحقق هدفا خاصا للطبيب ويرسخ مكانته وسلطته كما يحقق القمع هدفا سياسيا يسعي إلى إدماج حركة الاحتجاج الاجتماعي في آليات السلطة ويشوه حركة المعارضة.

ويؤسس زاس موقفه من الطب النفسي المعاصر علي مجموعة فروض يري أنها مسلمات حول طبيعة المرض العقلي وما يطلق عليه العلاج النفسي ويسمى هذه المصطلحات مجرد أساطير ويشبه الطبيب النفسي في العصر الحالى بالساحر في العصور الماضية فكلاهما يقوم بدور غامض يدعى أنه

يمتلك معرفة سرية تمنحه مكانة ودورا وسلطة في المجتمع ولكن معلوماتهما هذه تتسم بالغموض في واقع الأمر وأن المرض مجرد انحراف عن معيار فسيولوجي ليس إلا وإذا كان الجسم يمرض فإن العقل لا يمرض علي الأقل بنفس الطريقة.

ويفرق زاس بين المخ الذي هو عضو أو نظام عصبي مادي يتعرض للمرض والعقل ومن الخطأ الربط بينهما لأن بعض الأمراض كالفصام والهستريا مجرد نزعات سلوكية لا يجوز ربطها بأحداث فسيولوجية في المخ ويبنى زاس مدخله لهذا الأمر من شقين هما :

أ- لم يتمكن الطب النفسي من تأسيس علاقة سببية بين أمراض المخ وما يسمى بالمرض العقلي سواء علي المستوي الإكلينيكي أو التجريبي.

ب- أن وجود حالات نادرة لم تفسر أسبابها العلمية بعد لا يجوز تعميمها علي حالات المرض العقلي الأخرى لأنها حالات استثنائية ولم تفسر علمياً.

ويتقدم زاس خطوة أكثر جرأة وخطورة وهي أن فكرة المرض العقلي ذاتها غامضة ومبهمة وعامة سواء من حيث الطبيعة أو الجوهر ومن حيث النشأة والأعراض والنواتج، فهو يقصد بذلك القول أن علم الصحة العقلية علم مزور وزائف لأنه يتأسس علي مفاهيم هي في الواقع مسلمات غير مبرهنة وليس لها طابع تجريبي وينتهي في تحليله إلى أن مصطلح المرض العقلي اختراع زائف هدفه تصنيف أنماط سلوكية أو تجارب إنسانية علي أنها مرض ويعطي مثالا لذلك بمرض الفصام الذي يعتبره كفكرة ومفهوم خرافة رئيسية في أدبيات الطب النفسي المعاصر ويرجع المصطلح لأصوله التاريخية والنظرية، فالمصطلح اخترعه كريبلين (١٨٩٨) وكل ما فعله أنه قام بتصنيف ثلاث حالات سلوكية ثم ركبها في سياق واحد أطلق عليه الفصام وهذه الحالات هي :

- حالة الذهول التي يتعرض لها الإنسان في موقف سلوكي

- حالة الهلوسة وخداع الإدراك
- السلوك السخيف غير المقبول اجتماعياً.

وأن تركيب الحالات الثلاثة ونحت مصطلح يعبر عنها مجتمعه غير مبرر علميا وهكذا يري زاس أن كل ما بني علي ذلك من إجراءات تشخيصية وفنيات علاجية مجرد إجراءات غير صحيحة ولا أخلاقية لأنها بنيت علي باطل..

المرض العقلي كانحراف أو شذوذ عن المعايير الاجتماعية :

تلعب المعايير الاجتماعية دورا هاما في تحديد سوية أو لا سوية السلوك، فالمجتمع هو مجموعة من العادات والتقاليد والآراء والأفكار التي تسود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم فإذا ما خرج الأفراد عن هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبر سلوكهم شاذ حتى لو تعارض ذلك مع النظرة العلمية أو مع المبادئ التي تتفق مع الحرية الشخصية والديمقراطية وحقوق الإنسان المزعومة في المجتمعات الغربية علي سبيل المثال فمازالت بعض الجماعات في أمريكا ينظرون إلى الجنسية المثلية كصورة من صور الاضطرابات العقلية على الرغم من أن أغلب علماء البيولوجي يرفضون وجهة النظر هذه الفئة لمصالحهم السياسية فقد شكلت أصوات المنحرفين جنسيا ٧%من إجمالى الأصوات التي حصل عليها كلينتون ضد منافسه بوش في انتخابات الرئاسة (١٩٩٢) عندما لوح لهم بإكسابهم حقوقا إضافية تزيد من اعتراف المجتمع الأمريكي بشرعية هذا السلوك وبشكل عام يمكن النظر لهذا المحك من ثلاث زوايا هي :

أ- أغلب الاضطرابات العقلية والسلوكية الخطيرة تعتبر مشاكل أو انحراف عن المعايير الاجتماعية بصرف النظر عن الموقع أو نمط الثقافة والجريمة وإدمان المخدرات والاكتئاب والفصام وغيرها مما يدعم أهمية استخدام الشذوذ الاجتماعي كمحك للاضطراب العقلي.

ب- تختلف وجهة نظر المجتمع الواحد إلى شذوذ أو انحراف السلوك من حقبة زمنية إلى غيرها. فمنذ أقل من مائة سنة كان يسود أوروبا عصر من الحشمة والحياء وكبح الرغبات الجنسية وهو ما يعرف بالعصر الفيكتوري الذي اعتبر السلوك الجنسي الشاذ فيه سلوكا مرضياً. أما اليوم فقد أصبحت هذه القيم من مخلفات الماضي وأصبحت الفتاة التي تصل إلى الثامنة عشر وهى عذراء تعد غير عادية كما تغير سلوك الكثير من المجتمعات العربية في ملبسه وفي علاقة الرجل بالمرأة وهو ما كان قبل ذلك انحرافا لا تقبل به الجماعة وليس هذا دعوة لتقليد الغرب أو الخروج عن هدى الشرع الإسلامي الحنيف بل هو دعوة للتمسك بأصولنا الثقافية والاجتماعية التي اكتسبت المجتمعات العربية هويتها الفردية المتميزة عبر التاريخ.

ج- إن هناك من السلوك ما يمكن اعتباره شاذا في مجتمع وليس كذلك في مجتمع آخر " فقد نجد أنواعا من السلوك متناقضة تماما في حالات متقاربة المكان والزمان.

ألم تكن الهلاوس وحالات الانجذاب سوية بين أقوام اليوجز والهنود الحمر من ساكني السهول ألم يكن عالك أفلاطون يعجب بالجنسية المثالية بوصفها علامة علي القوة والرجولة أليس المواطنين في دوبو dobu ممتلئين بالشك والريبة بطبيعتهم.

ويشير ذلك إلى أن الاعتماد الكلي علي الجماع الحضاري والثقافي للسلوك قد يكون مضللا ولابد من الالتفات إلى محكات أخرى جنبا إلى جنب مع المحك الاجتماعي:

الاضطراب العقلي كانحراف إحصائي :

إن تعريف الاضطراب العقلي كانحراف إحصائي عن المتوسط سيجعلنا نهتم ببعض أنماط السلوك والخصائص غير العادية أو النادرة التي تقع علي طرفي منحنى التوزيع الاعتدالي للظاهرة أو الخاصية "وهذا المنحنى يمثل

درجة انتشار أو تكرار ظهور خاصية معينة بين أفراد مجموعة كبيرة من الناس ويتخذ المنحنى عادة شكل الناقوس بانتفاخ في الوسط ونحافة عند الطرفين مثال ذلك أن معظم الناس تقع أطوالهم بين خمسة أو ستة أقدام مع وجود عدد أقل فأقل من الأفراد أكثر أو أقل من هذا الطول المتوسط والناس الذين يقعون عند الطرفين يقال عنهم لذلك أنهم منحرفون أو شواذ من الوجهة الإحصائية وهم الأقزام أو العمالقة وبمقتضى هذا التحديد الإحصائي يكون الشخص المتوسط سويا والشخص الذي يبتعد عن المتوسط شاذا وكل خاصية إنسانية يمكن تحديدها وقياسها تصلح لهذا النوع من التحليل.

ومن الملاحظات المأخوذة علي المحك الإحصائي :

أ- قد يكون أحد طرفي المنحنى يحمل في طياته سمة غير مرغوبة اجتماعياً ففي المنحنى الخاص بالتحديد الإحصائي للذكاء قد يكون من المعقول أن نعد أصحاب الدرجات الدنيا شواذ علي أساس أن هؤلاء هم المتأخرون عقليا لكن هذا النموذج نفسه يملي علينا أن نعد الموهوبين عقليا شواذاً كذلك مادام يبتعدون عن المتوسط ونفس الشئ يمكن قوله عن النشاط أو غيره من السلوكيات.

ب- ليس من الضروري اعتبار السلوك الذي يجرى بصورة مرتفعة إحصائيا دليلا علي السواء فالانتحار أصبح شائعا بين الشباب الأمريكي والأوروبي حتى أصبح بمثابة العامل الثالث للموت ولكن لا يمكن اعتباره سلوكا صحيا على الإطلاق.

ج- قد تلعب الأهواء الشخصية للباحث أو المجرب دورا في تحديد المدى الذي تعد عنده الخاصية أو السلوك لا سوى أو غير صحيح فالبعض يعتبر أن الخاصية أو السلوك اللا سوى هو الذي يقل أو يزيد انحرافين معيارين عن المتوسط في حين يكتفي البعض الأخر بإضافة انحراف معياري واحد

د- أن المحك الإحصائي لا يميز بدقة بين الأنواع المختلفة للإختلالات الوظيفية للسلوك فالشذوذ الجنسي علي سبيل المثال قد يكون : جنسية مثلية، استعراضية، سادية، أو غيرها، ولكي نقدم وصفا دقيقا لهذا النوع من الاضطراب علينا أن نقوم بحصر دقيق لهذه الاضطرابات ثم إعداد المنحنى الاعتدإلى لكل اضطراب

وهكذا لا يستطيع المحك الإحصائي تحديد ما إذا كان السلوك شاذ لأنه نادر الحدوث أو أنه نادر الحدوث لأنه شاذ، المهم أن كل سلوك أو خاصية نادرة الحدوث هو سلوك شاذ ليس إلا.

الاضطراب العقلي كمحدد لتلقي علاجا سيكاترياً :

ربما يعد تلقي الفرد علاجا سيكاترياً متخصصاً من أي نوع مؤشراً للاضطراب العقلي لديه، فالشخص يعد شاذا إذا هو التمس العلاج طوعا أوكرها لأن التماسه للعلاج يعد اعترافا ضمنيا بوجود مشكلة، كما أن اصطحاب أهله وذويه له كما يحدث في بعض مرضي الذهان دليل علي وجود مشكلة تحتاج للعلاج ولكن هناك أيضا بعض الملاحظات علي هذا المحك :

أ- ليس بالضرورة أن يعد مريضا نفسيا كل من يقرر له الطبيب المتخصص علاجا نفسيا فهناك بعض الصعوبات التي تحتاج إلى العلاج النفسي مثل مشكلات الزواج ومشكلات رعاية الأطفال وإيجاد معنى وهدف للحياة وكل هذه القضايا لا تعد اضطرابات نفسية بالمعنى الصحيح.

في الماضي لم يكن الناس يزورون الطبيب إلا لسبب اعتلال الصحة لكن الاتجاهات الحديثة تشجع الناس علي مراجعة الأطباء للتأكد من وجود الصحة بدلا من العمل علي استعادتها والوقاية من المرض لا علاجه.

ب- قد تكون استشارة السيكاتري بقصد إثبات الحالة العقلية لأمور قضائية وهكذا نرى ببساطة أن تلقي العلاج ليس دليلا علي الشذوذ بل أن بعض الباحثين يرون أن طبيعة العلاج النفسي وأهدافه تتغير إلى درجة أن العلاج

أصبح يوجه إلى تحسين القدرة علي التعامل مع الآخرين عند الأسوياء من الناس.

الاضطراب العقلي كقصوراً بيولوجياً :

تعريف المرض العقلي بأنه انحراف عن معيار فسيولوجي يعنى أنه لا يوجد مرض عقلي أو نفسي ما لم تكن هناك مظاهر وأعراض جسمية مصاحبة وأن هذا الانحراف أو القصور البيولوجي ينعكس سلبيا علي الكفاءة الإنتاجية للفرد reproduction ويعيب هذا التعريف ما يلي :

أ- أن تعريف الاضطراب العقلي كقصور بيولوجي صنفه ضمن السلوكيات التي تتداخل بشكل خطير ومؤثر علي الكفاءة الإنتاجية للفرد.

ب- هناك عددا من الأمراض العقلية الخطيرة تؤثر سلبيا علي الكفاءة الإنتاجية لضحاياها (بما في ذلك الفصام والاضطرابات المزاجية والأوجه المختلفة لقصور النمو) في حين أن البعض الآخر لا يعد قصورا بيولوجيا ولا يؤثر علي الفئة الإنتاجية مثل بعض صور الانحرافات الجنسية وهو ما حدا ببعض علماء النفس والأطباء النفسيين اليوم إلى عدم اعتبارها اضطرابات نفسية.

المرض العقلي كخطر أو عجز غير متوقع :

يعد تعريف المرض العقلي كخطر أو عجز disability يصعب التنبؤ به هو أمر جذاب ومقبول لأنه يتفق مع تعريفات الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية في إصداره الرابع DSM.IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وطبقاً لوجهة النظر هذه إذا كان سلوك شخص ما يسبب له مشاعر بالتوتر أو الخطر أو العجز لا يستطيع توقعها فإن ذلك يقابل تعريف المرض العقلي" وهذا يعنى في جوهره أن الملاحظ يجد نفسه في ضوء ما يعلم عن الأحوال والملابسات عاجز عن أن يجد في تصرفات المريض شيئا

من المعنى أو المنطق، إن الشخص الشاذ يوصف بأنه فقد عقله والمعنى هنا أن العقل حلت محله المنطقية المتلفة أو المبالغ فيها.

ولكن ويكفيلد قد لاحظ أن العديد من الظروف غير المتوقعة ببساطة يمكن أن تسبب التوتر والعجز ورغم ذلك لا يمكن اعتبرها اضطرابا مثل الجهل والفقر والمرض العضوي وسوء الحظ أو تعثره والتعرض للتمييز في المعاملة سواء أكان ذلك تمييزاً عضوياً أم علي حسب الجنس أم الدين أم الميول السياسية أم غيرها..

المرض العقلي كاختلال وظيفي مؤذي :

اختار ويكفيلد تعريف المرض العقلي كقصور وظيفي مؤذى أو ضار Harmful dysfunction ويعد ذلك من أكثر التعريفات السابقة تطابقا مع تعريفات المرض العقلي في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (الإصدار الرابع) DSM.IV .

ومن المآخذ التي يمكن إدراكها في هذا التعريف وتعد بمثابة أوجه قصور فيه ما يلى:

أ- أن مفهوم الأذى أو الضرر أمر تقديري أو نسبي وليس مطلق في ضوء المعايير الاجتماعية ،فما يعد سلوك مؤذى أو ضار في مجتمع قد لا يعد كذلك في مجتمع آخر. فبعض المجتمع ترى أن السلوك الجنسي قبل الزواج واستخدام المخدرات وبعض التصرفات المضادة للمجتمع قد تكون مؤذية في حين تراها مجتمعات أخرى ضارة.

ب- الجانب الآخر للقصور في هذا التعريف هو المصطلح الثاني " القصور الوظيفي " الذي اعتبره ويكفيلد مصطلح علمي يشير إلى فشل ميكانزماتنا العقلية (والمسئولة عن انفعالاتنا ومعرفتنا بذاتنا) في القيام بالإجراءات الوظيفية التي قامت من أجلها.

ج- وبشكل عام فقد وضع ويكفيلد هذا التعريف علي رأس التعريفات السابقة من حيث الدقة والنفع لأنه يشترط الدقة العلمية ويضع المعايير الاجتماعية في الاعتبار.

د- ونظرا لصعوبة وتعقد الحكم علي السلوك فإن معظم المجتمعات الحديثة تعتمد علي المتخصصين في الصحة النفسية في التمييز بين المرضى النفسيين وكل من السلوكيات غريبة الأطوار والانحراف عن الثقافة وما يعد انحرافا عن نمط الحياة كما يتخذون في أحكامهم الإكلينيكية قرارات هامة مثل مدى حاجة هذا الفرد إلى علاج نفسي أو طب نفسي وما الذي يجب أن يتضمنه وما الذي يجب أن يتم بالنسبة له..

النظريات النفسية لمسببات المرض النفسي

يمكن للتغير البيئي أن يشتمل علي طائفة معينة من التأثيرات اعتمادا علي كيفية إدراكه وتصوره. وقد عرف الانعصاب stress بمصطلحات بيئية علي أنه " المطالب التوافقية الملقاة علي عاتق المرء للاضطلاع بها، أي مشكلات المعيشة التي يتحتم عليه الكفاح والتعامل معها بنجاح إذا كان له أن يواجه حاجاته.

ولكن عندما نتأمل ونناقش كل العوامل التي تحدد شدة الانعصاب والمتغيرات التي تحدد الموقف العصيب فقد تم التأكيد علي أهمية الأسلوب الذي يدرك به الفرد بيئته ويقيمها.

إن التأكيد علي أسلوب تأكيد الفرد لبيئته وتقييمها بدلا من التأكيد علي البيئة ذاتها يعد سمة مميزة لوجهة النظر النفسية الذاتية. وأن المتأمل لوجهة النظر تلك سيجد تباينات عدة في عرضها بل في المصطلحات المستخدمة للتعبير عنها ووصفها، فقد وصفت بأنها نفسية داخلية أو نفسية دينامية (متعلقة بالدوافع) أو نفسية تحليلية أو فينو مينولوجية (مهتمة بوصف الظواهر) أو

إنسانية أو وجودية. ...الخ وبعض المعتقدين لوجهة النظر النفسية الذاتية قد أجروا تحليلا مفصلا للمحتوى العقلي والعمليات العقلية مستعينين في الغالب بمفاهيم ونماذج مستعارة من علم الأحياء وعلم الاجتماع.

وبينما اهتم آخرون بالعمليات العقلية في نطاق ضيق جداً كالتركيز علي عمليتي الإدراك والتفكير دون غيرهما من العمليات فإن كثيراً من مؤيدي وجهة النظر هذه قد سلموا بوجود عملية تنفيذية أساسية تدعى الأنا the ego أو الذات self وكلما قل تحليلهم وتحديدهم لجوانب أخرى من المحتوى العقلي وزاد وعظم ميلهم إلى الجمع – علي نحو ضمني أو صريح – بين تلك العملية الأساسية ومفهوم الإرادة الحرة free will ولكنهم جميعا قد اشتركوا في التأكيد علي التركيبات العقلية بوصفها محددات للسلوك.

أولاً: النظريات النفسية ذات التوجه البيولوجي

١ـ سيجموند فرويد :

ولد سيجموند فرويد في عام ١٨٥٦ من أبوين يهوديين في مدينة فرايبرج بمورافيا التي كانت تُعرف باسم بتشيكوسلوفاكيا. وفي سن الرابعة انتقل مع أسرته إلى مدينة فيينا حيث نشأ ودرس الطب في جامعتها.

وقد اهتم فرويد اهتماماً خاصاً بالأبحاث الفسيولوجية والتشريحية المتعلقة بالجهاز العصبي. واشتغل وهو لا يزال طالبا في معمل إرنست بروك B.Bruck الفسيولوجي، وقام بعدة أبحاث في تشريح الجهاز العصبي. وفي عام ١٨٨١ حصل على الدكتوراة في الطب، وعين مساعدا لإرنست بروك في معمله. وفي عام ١٨٨٢ اشتغل طبيباً في المستشفى الرئيسي بفيينا. ونشر بعض الأبحاث الهامة في تشريح الجهاز العصبي وفي الأمراض العصبية، مما لفت إليه الأنظار. وفي عام ١٨٨٥ عين محاضراً في علم أمراض الجهاز العصبي.

ونشأت في تلك الفترة صداقة بين فرويد وجوزيف بورير Joseph Breuer أحد أطباء فيينا المشهورين، وقد تأثر فرويد به تأثرا كبيرا. وقد كان

بروير يستخدم الإيحاء التنويمي في معالجة مرضاه. واكتشف أثناء علاجه لفتاة مصابة بالهستيريا أن المريضة ذكرت أثناء نومها حوادث ماضية لم تستطع تذكرها أثناء اليقظة. ورأى بروير أن ذكر المريضة لهذه الحوادث والتجارب الشخصية القديمة، والإفضاء بالعواطف والانفعالات المتعلقة بها والتي كانت من قبل مكبوتة، كان له أثر كبير في شفاء المريضة. وقد سمى بروير فيما بعد هذه الطريقة فى العلاج "بطريقة التفريغ" Cathartic Method. وذكر بروير لفرويد قصة علاجه لتلك الفتاة، فأعجب فرويد بطرافتها وبنجاحها في شفاء المريضة، ولكنه لم يعلق عليها في ذلك الوقت أهمية كبيرة.

وفى عام ١٨٨٥ رحل فرويد إلى باريس للدراسة في جامعة سالبتريير حيث كان شاركو يقوم بأبحاثه في الهستيريا. وشاهد فرويد بنفسه بعض هذه الأبحاث التي أثبتت إمكان إحداث أعراض الهستيريا بالإيحاء التنويمي، وإمكان إزالتها بالإيحاء أيضاً. وقد أكدت هذه التجارب التشابه التام بين الهستيريا التي تحدث عن الإيحاء وبين الهستيريا التي تُشاهد بين المرضى. ثم عاد فرويد إلى فيينا عام ١٨٨٦، واشتغل طبيباً خاصاً مع استمراره في وظيفته التدريسية، وأخذ فرويد في تطبيق ما تعلمه من شاركو، وحاول إقناع أطباء فيينا بإمكانه إحداث الهستيريا بالإيحاء التنويمي، فقوبل بمعارضة شديدة. غير أن فرويد استمر في مواصلة بحثه العلمي كطبيب خاص يعالج مرضاه بوساطة الإيحاء التنويمي، ولم يلبث فرويد طويلاً حتى اتضحت له بعض العيوب في فنه التنويمي، إذ تبين له أنه لا يستطيع أن ينوم بعض مرضاه. وقد جعله ذلك يشعر بأنه لا زال في حاجة إلى تحسين فنه التنويمى، فسافر في عام ١٨٨٩ إلى مدينة نانسي بفرنسا، وقضى فيها عدة أسابيع في اتصال بالطبيبين ليبولت Liebualt وبرنهايم Bernhiem.

ولما عاد فرويد بعد ذلك إلى فيينا جدد اتصاله بجوزيف بروير، واشتركا معاً في مواصلة البحث العلمي في أسباب الهستيريا وطرق علاجها، وقد نشرا معا في عام ١٨٩٣ بحثاً في "العوامل النفسية للهستيريا"، وفى عام

١٨٩٥ نشرا كتاب "دراسات في الهستيريا"، ويعتبر هذا الكتاب الأخير نقطة تحول هامة في تاريخ علاج الأمراض العقلية والنفسية، فقد احتوى على البذور الأولى التي نمت منها فيما بعد نظرية التحليل النفسي. وقد أشار المؤلفان في هذا الكتاب إلى أهمية الدور الذي تلعبه الحياة العاطفية في الصحة العقلية الشعورية وبين الحالات العقلية اللاشعورية، وذهبا إلى أن الأعراض الهيسترية تنشأ عن كبت الميول والرغبات، فتتحولٍ تحت تأثير هذا الكبت عن طريقها الطبيعي، وتتخذ لها منفذا عن طرق شاذة غير طبيعية هي الأعراض الهيسترية، وشرح المؤلفان "طريقة التفريغ" وبينا قيمتها العلاجية في شفاء الهستيريا، وتتلخص هذه الطريقة في حث المريض أثناء التنويم المغناطيسي على تذكر الحوادث والخبرات الشخصية الماضية، وعلى "التنفيس" abreaction عن العواطف والانفعالات المكبوتة ولذلك سميت هذه الطريقة في العلاج بطريقة التفريغ، ويرجع الفضل فيما جاء في الكتاب من أراء جديدة إلى بروير، كما اعترف بذلك فرويد نفسه. وقد ساعدت ملاحظات فرويد وتجاربه العديدة على تأييد آراء بروير وإثبات صحتها.

ثم أخذت آراء فرويد تختلف عن آراء بروير، فدب بينهما الخلاف، وانقطعت بينهما الصلة، وحدث أول خلاف بينهما حينما حاولا تفسير العوامل النفسية المسببة للهستيريا بانقطاع الصلة بين حالات النفس الشعورية، وفسر الأعراض الهستيرية بحالات شبه تنويمية ينفذ أثرها إلى الشعور، أما فرويد فقد كان يرى أن الانحلال العقلي يحدث نتيجة صراع الميول وتصادم الرغبات. واعتبر الأعراض الهستيرية أعراضا دفاعية نشأت تحت ضغط الدوافع المكبوتة في اللاشعور التى تحاول التنفيس عن نفسها بشتى الطرق. ولما كان ظهور هذه الدوافع المكبوتة في الشعور أمرا غير مقبول للنفس، فإنها تحاول التنفيس عن نفسها بطرق غير طبيعية هي الأعراض الهستيرية. وحدث الخلاف الثاني بين فرويد وبروير حينما أخذ فرويد يعتبر الغريزة الجنسية

السبب الأول في حدوث الهستيريا، ولم يوافق بروير على هذا الرأي وعارض فرويد فيه، كما عارض في ذلك جمهور الأطباء في عصره.

ومنذ ذلك الوقت أخذ فرويد يواصل أبحاثه منفرد في عزم لا يلين، وفي ثبات لم تزعزعه هجمات خصمه وبدأت تكشف له ملاحظاته وأبحاثه عن الدور الذي تلعبه الغريزة الجنسية في مرض الهستيريا، وقد دفعه ذلك إلى توسيع دائرة بحثه، فأخذ يدرس الأنواع الأخرى من الأمراض العصابية، ويبحث عن علاقة الغريزة الجنسية بها، وقد أدت أبحاثه إلى اقتناعه بأن اضطراب الغريزة الجنسية هي العلة الرئيسية في جميع هذه الأمراض.

كان فرويد حتى الآن يستخدم "طريقة التفريغ" أثناء التنويم، وهي الطريقة التي اكتشفها بروير، ثم أخذ فرويد يفطن إلى ما في التنويم من عيوب، فرأى أن بعض المرضى لا يمكن تنويمهم، كما رأى أيضاً أن الشفاء الذي ينتج عن التنويم كان مقصوراً فقط على إزالة الأعراض المرضية، ولم يتناول العلل الرئيسية التي تنتج عنها هذه الأعراض، كما أن الشفاء كان وقتياً فقط لا يلبث أن يزول إلى الظهور مرة أخرى، ورأى فرويد أيضاً أن نجاح العلاج يتوقف على استمرار العلاقة بين المريض وطبيبه، ودعاه ذلك إلى أن يفطن إلى أهمية الدور الذي تلعبه الرابطة الإنسانية في العلاج، ولم تكن الرابطة الإنسانية تظهر بوضوح أثناء التنويم المغناطيسي.

لكل هذه الاعتبارات رأى فرويد أن يعدل عن استخدام التنويم، وبدأ يحث مرضاه عن طريق الإيحاء وهم في حالة اليقظة على تذكر الحوادث والتجارب الشخصية الماضية.

ثم ظهرت لفرويد – فيما بعد – عيوب هذه الطريقة أيضاً، فقد وجد أنه لا يستطيع دائماً باستخدام الإيحاء وحده دفع مرضاه إلى تذكر الحوادث والتجارب الشخصية الماضية التي سببت مرضهم. هذا فضلاً عما في هذه الطريقة من مشقة وإرهاق لكل من الطبيب والمريض، فرأى فرويد أن يعدل عن هذه الطريقة وبدأ يطلب فقط من مرضاه أن يطلقوا العنان لأفكارهم

تسترسل من تلقاء نفسها دون قيد أو شرط، وطلب منهم أن يفوهوا بكل ما يخطر يبالهم أثناء ذلك من أفكار وذكريات ومشاعر دون إخفاء أي شئ عنه مهما كان تافهاً أو معيباً أو مؤلماً، وتعرف هذه الطريقة التي ابتكرها فرويد بطريقة "التداعي الحر" Free Association.

وباستخدام التداعي الحر بدأت تتكشف أمام فرويد حقائق هامة لم يكن من المستطاع الاهتداء إليها من قبل حينما كان العلاج يتم فقط أثناء التنويم. ابتدأت تتضح لفرويد الأسباب التي تجعل تذكر بعض الحوادث والتجارب الشخصية الماضية أمراً صعباً. فقد رأى أن معظم هذه التجارب مؤلم أو مشين للنفس. وهكذا بدا لفرويد أن سبب نسيانها هو كونها مؤلمة أو مشينة، ولهذا السبب كانت إعادتها إلى الذاكرة أمراً شاقاً يحتاج إلى مجهود كبير للتغلب على المقاومة Resistance الشديدة التي كانت دائماً تقف ضد ظهور هذه الذكريات في الشعور The conscious ومن هذه الملاحظات كون فرويد نظريته الهامة فى الكبت Repression التي قال عنها إنها الحجر الأساسي الذي يعتمد عليه بناء التحليل النفسي وأهم جزء منه.

وذهب فرويد إلى أن الكبت يحدث في الأصل عن الصراع بين رغبتين متضادتين، وذكر نوعين من الصراع بين الرغبات، ويحدث أحدهما في دائرة الشعور، وينتهي بحكم النفس في صالح إحدى الرغبتين والتخلي عن الأخرى، وهذا هو الحل السليم للصراع الذي يقع بين الرغبات المتضادة، ولا ينتج عنه ضرر للنفس، وإنما يقع الضرر من النوع الثاني، من الصراع الذي تلجأ فيه النفس بمجرد حدوث الصراع إلى صد إحدى الرغبتين عن الشعور وكبتها دون إعمال الفكر في هذا الصراع وإصدار حكمها فيه، وينتج عن ذلك أن تبدأ الرغبة المكبوتة حياة جديدة شاذة في " اللاشعور" The Unconscious وتبقى هناك محتفظة بطاقتها الحيوية، وتظل تبحث عن مخرج لانطلاق طاقتها المحبوسة، فتجده في الأعراض المرضية التي تنتاب العصابيين، وعلى ضوء هذا التفكير رأى فرويد أن مهمة الطبيب النفسي ليست هي دفع المريض إلى

"التفريغ" و " التنفيس" عن الرغبات المكبوتة كما كان يفعل بروير وفرويد من قبل، بل هي الكشف عن الرغبات المكبوتة لإعادتها مرة أخرى إلى دائرة الشعور لكي يواجه المريض من جديد هذا الصراع الذي فشل في حله سابقاً، فيعمل الآن على حله بإصدار حكمه فيه تحت إرشاد الطبيب النفسي وتشجيعه، هي إحلال الحكم الفعلي محل الكبت اللاشعورى، ومنذ ذلك الوقت أخذ فرويد يسمى طريقته في العلاج بالتحليل النفسي.

- قضى فرويد عشر سنوات (١٨٩٦-١٩٠٦) منذ انفصال بروير عنه يعمل منفرداً في جمع ملاحظاته، ومواصلة أبحاثه، وتكوين نظرياته، في وقت حرمته المجتمعات العلمية كل تشجيع وتأييد. ثم ابتدأت الأمور تتبدل ابتداء من عام ١٩٠٢ حينما التف حوله لأول مرة نفر قليل من شباب الأطباء المعجبين بنظريته الجديدة بقصد تعلم مبادئها واكتساب الخبرة فيها، ثم أخذ عددهم يزداد رويداً رويداً، وبدأ ينضم إليهم أفراد من غير الأطباء من أهل الأدب والفنون.

ثم أخذت المعرفة بالنظرية الجديدة تنتشر بين الأطباء في كثير من البلاد، وخاصة في سويسرا حيث اكتسبت الحركة الجديدة صداقة أوجين بلولر Eugene Bleuler المشرف على معهد الأمراض العقلية بالمستشفى العام بمدينة زيوريخ، ويونج Jung، أحد مساعدي بلولر. وفي عام ١٩٠٨ عقد أول مؤتمر للتحليل النفسي بمدينة زيوريخ بدعوة من يونج حيث تقرر إصدار مجلة للتحليل النفسي تحت إدارة فرويد وبلولر، وأسندت رياسة التحرير إلى يونج. وكان ذلك بدء صفحة جديدة في تاريخ حركة التحليل النفسي.

وفي عام ١٩٠٩ دعت جامعة كلارك بالولايات المتحدة الأمريكية فرويد ويونج للاشتراك في احتفال الجامعة بمناسبة مرور عشرين عاماً على تأسيسها فاستقبل فرويد وزميله في أرض الدنيا الجديدة استقبالاً رائعاً وقوبلت محاضرات فرويد الخمس والمحاضرتان اللتان ألقاهما يونج بجامعة كلارك مقابلة حسنة.

وفي عام ١٩١٠ عقد المؤتمر الثاني التحليل النفسي في مدينة نورمبرج حيث تم تأليف " جمعية التحليل النفسي الدولية"، وتقرر ذلك المؤتمر إصدار نشرة دورية تكون رابطة الأتصال بين الجمعية الرئيسية وبين فروعها الأخرى في برلين برياسة أبراهام Abrahaim ، وفي زيوريخ برياسة يونج، وفي نيويورك برياسة ألفرد أدلر Alfred Adler، وبعد ذلك أصدر أدلر وشتيكل Stekel مجلة ثانية للتحليل النفسي في فيينا.

ثم توالت بعد ذلك مؤتمرات جمعية التحليل النفسي، وتكونت لها فروع في معظم الأقطار الغربية، وأخذت تعاليم التحليل النفسي في الانتشار وبدأت تجلب إليها كثيراً من الأصدقاء والأتباع. لا من رجال الطب فقط، بل من رجال العلوم والفنون المختلفة أيضاً.

٢ ـ هنري موراى Henry A. Murray

١ـ ولد موراي في مدينة نيويورك سنة ١٨٩٣م، تميز بالحذق الشديد فى علم الحياة وفي الممارسة الإكلينيكية وفي علم النفس الأكاديمي.

٢ـ اصطلاح علم الشخصية أدخله موراي للتعبير عن الفرد في جميع تعقيداته. حيث أكد باستمرار الطبيعة العضوية للسلوك موضحاً أنه لا يمكن فهم جزء منفرد منه في عزله عن بقية الشخص القائم به.

٣ـ يصر على أنه ينبغي أن يكتمل فهم وتحليل المحتوى البيئي للسلوك قبل أن يصبح في الإمكان التوصل إلى تفسير مناسب لسلوك الفرد. ولقد قام بتحديد مجموعة محكمة من ا لمفاهيم بغرض إظهار تلك القوى البيئية.

٤ـ يشارك موراي مدرسة التحليل النفسي في أهمية ماضي الفرد وفي افتراض أن الأحداث التي تقع في بداية العمر وفي الطفولة تعتبر محددات حاسمة لسلوك الراشد. وكذلك يشاركها في أهمية الدوافع اللاشعورية. هذا إضافة إلى اهتمامه بحاضر الفرد وبيئته وتقارير الفرد اللفظية الذاتية أو الحرة والتي تتضمن تخيلاته.

٥- تتميز نظرية موراي في معالجتها الشديدة للدافعية بدقة وفي تأكيدها المستمر على أن العمليات الفسيولوجية التي تصاحب جميع العمليات النفسية إنما توجد معها في ذات الوقت وترتبط بها وظيفياً.

بناء الشخصية عند موراي:

١- تأثرت أفكار موراي تأثراً كبيراً بنظرية التحليل النفسي إلا أنها تتميز في كثير من جوانبها بالوضوح أكثر مما عليه من وجهة النظر الفرويدية التقليدية.

٢- تعريف الشخصية: (الشخصية هي الجهاز المسيطر على الجسم وهي المؤسسة التي تظل تعمل دون توقف منذ الميلاد حتى الموت في عمليات تحويلية وظيفية).

٣- ويعرفها بيولوجيا على أنها (العضو المسيطر أو جهاز التنظيم العلوي للجسم، وهي بذلك تستقر في المخ، بحيث أنه بدون المخ لا يوجد شخصية).

٤- أظهر موراي اهتماماً خاصاً ومطرداً بالقدرة وبالإنجاز واعتبر هاتين الصفتين جزءاً هاماً من الشخصية. ويتضح هذا أن تقييم الأفراد لدى موراي يتم في مجالات مختلفة متنوعة من القدرة والإنجاز: بدنية وميكانيكية وقيادية واجتماعية واقتصادية وشهوية وفكرية.

٥- استعار موراي اصطلاحات مدرسة التحليل النفسي في عرضه لأبنية الشخصية مع إدخالها لبعض العوامل الخاصة والمميزة في تطويره لتلك المفاهيم:

- **الهو**: يتفق مع فرويد في أنه مستودعاً للدفعات البدائية غير المتقبلة ففيه يوجد أصل الطاقة ومصدر كل الدوافع الفطرية والذات غير المبصرة وغير المطوعة اجتماعياً. ويضيف على أنه يضم أيضاً دفعات تحظى بقبول من الذات ومن المجتمع. فالهو عند موراي ليس شريراً ومعادياً للمجتمع تماما.

- **الأنـا**: يرى أنـه بمثابة العامل المركزي لتنظيم وتكامل السلوك ويهدف جزء من هذا التنظيم على أي حال إلى تيسير أو تشجيع التعبير عن دفعـات معينـة فـي الهـو، ويضـيف مـوراي أن الأنــا يرتـب ويضـع المخططـات ويسيطر علـى الطـريقة التـي يجـب أن تظهـر بهـا الدوافـع الأخرى، ويرى أن قوة وفاعلية الأنا محدد هام لتوافق الفرد.
- **الأنـا الأعلـى**: كمـا هـو فـي مدرسـة التحليل النفسـي عبارة عن غرس حضـاري يمثلها الوالدان أفضل تمثيل، ويضيف مـوراي أن لجماعات الأقران والشخصيات الهامة والأدبية والأسطورية لها دور في نمو الأنا الأعلى وتعمل كل هذه المصادر بوصفها مصدر للثواب والعقاب طبقاً لمدى اتفاق فعل الفرد مع هذه المعايير.
- **ويرتـبط الأنـا المثالـي**: ارتـباطاً وثيقاً بالأنـا الأعلـى علـى حسـب مفهوم مـوراي، ويرى أيضـاً أنـه قد ينفصـل تمامـاً عنه. وربط مـوراي الأنـا الأعلى بالأنـا المثالـي يكفل مـدى للتغير وللـتطور فـي السنوات التالية للطفولة أكبر مما تكفله نظرة التحليل النفسي التقليدية.

ديناميكيات الشخصية:

١- يؤكد على كفاح الإنسان وسعيه ورغباته ومطالبه وإرادته. فهو بهذا يركز علـى العملية الدافعية، والنزعات الموجهة للإنسان هي المفتاح إلى فهم السلوك البشري.

٢- يصـر مـوراي بخلاف علماء النفس الآخرين على أن الفهم الملائم للدافع البشـري يجـب أن يعـتمد علـى نظـام يسـتخدم عـدداً كبـيراً وكافـياً مـن المتغيرات حتى يعكس التعقيد الهائل للدوافع البشرية في صورتها الفجة.

٣- لفهم نظرية مـوراي فـي الدافعية لابـد من فهم تعريفاته لكل من الحاجة والضـغط والتخفيف منه التوتر ووحدة الموضوع.

٤- الحاجة: مركب أو تكوين فرضي يمثل قوة في منطقة المخ، قوة تنظم الإدراك والتفهم والتعقل والنزوع والفعل بحيث تحول الموقف القائم غير المشبع في اتجاه معين.

٥- تستثار الحاجات بطريقتين إما داخلياً أو خارجياً وفي كلتا الحالتين تؤدي الحاجة إلى نشاط من جانب الكائن ويستمر ذلك النشاط حتى يتغير موقف الكائن أو البيئة حيث تقل الحاجة.

٦- يرى أنه يمكن الاستدلال على وجود الحاجة على أساس: أثر السلوك أو نتيجته النهائية، والنمط أو الأسلوب الخاص للسلوك المتضمن والانتباه الانتقائي والتعبير عن انفعال أو وجدان والتعبير عن الإشباع.

٧- حدد موراي عدد من الحاجات هي:

- التحقير.
- الإنجاز.
- الانتماء.
- العدوان.
- الاستقلال الذاتي.
- المضادة.
- الدفاعية.
- الانقياد.
- السيطرة.
- العرض.
- تجنب الأذى.
- تجنب المذلة.
- العطف على الآخر.
- النظام.
- اللعب.
- النبذ.

- الاحساسية.
- الجنس.
- العطف على الآخر.
- الفهم.

٨- كما حدد أنماط الحاجات هي:

- الحاجات الأولية والحاجات الثانوية.
- الحاجات الظاهرة والحاجات الباطنة.
- الحاجات المتمركزة والحاجات المنتشرة.
- حاجات الأداء.
- حاجات النفع.
- حاجات الكمال.

٩- يقول موراي أن الحاجات لا تعمل كل منها في عزلة تامة عن الأخرى ويوافق أنه يوجد تدرج معين للحاجات تأخذ فيه نزعات أسبقية على أخرى، حيث يستخدم مفهوم أولوية القوة للدلالة على الحاجات التي تصبح سائدة فى إلحاح كبير إذا لم تشبع.

١٠- الضغط عند موراي صفة أو خاصية لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين. ولقد قدم قوائم مختلفة وكثيرة للضغوط التي يمكن أن يتعرض لها الفرد مثل:

- ضغط نقص التأييد الأسري.
- ضغط الأخطار والكوارث.
- ضغط النقص أو الضياع.
- ضغط الاحتجاز، الموضوعات الكابحة.
- ضغط النبذ وعدم الاهتمام والاحتقار.
- ضغط الخصوم والأقران المتنافسين.
- ضغط ولادة أشقاء.
- ضغط العدوان.

- ضغط السيطرة والقسر والمنع.
- ضغط العطف على الآخر.
- ضغط العطف من الآخر.
- ضغط الانقياد والمدح والتقدير.
- ضغط الانتماء والصداقات.
- ضغط الجنس.
- ضغط المخاتلة والخداع.
- ضغط الدونية.

١١- ميز بين نوعين من الضغوط المتصلة بموضوعات البيئة وهي:

- ضغوط بيتا: دلالة الموضوعات البيئية كما يدركها الفرد.
- ضغوط ألفا: خصائص تلك الموضوعات كما توجد في الواقع.

١٢- تبنى موراي المصطلح الفرويدى (الشحنة الانفعالية) وذلك للدلالة على قدرة موضوع بيئي على اجتذاب الفرد أو صده عندما ينجذب الفرد أو يحب موضوع معين، فالشحنة هنا إيجابية، أما إذا كان الموضوع يستثير الكراهية والتجنب فتكون الشحنة سلبية.

نمو الشخصية:

١- تأثر موراي بمفهوم التحليل النفسي بأبعاد جديدة في استخدامه لتلك المفاهيم ولعل أهمها:

المركبات الطفلية:

توجد خمس حالات أو نشاطات شديدة الإمتاع وكل منها ينهى أو يحبط أو يحدد عند نقطة معينة من النمو بواسطة قوى خارجية:

- الوجود الآمن السلبي المعتمد داخل الرحم وينتهى بالولادة.
- الاستمتاع الحسي بامتصاص التغذية الجيدة من صدر الأم في آمن واعتماد بين ذراعيها وينتهي بالفطام.

- الاستمتاع الحسي بلا قيود بالأحاسيس السارة المصاحبة للتبرز ويقيدها تدريبات النظافة.
- الانطباعات الحسية السارة المصاحبة للتبول.
- الإثارات الأخاذة التي يبعثها العبث بالأعضاء التناسلية وتمنعه التهديدات الخارجية بالعقاب.

٢- كما قدم موراي بالإضافة إلى ذلك خمسة مركبات أخرى وقدم لها مواصفات عامة هي: الصومعي والفمي والشرجي والتبولي والخصائي، ويمثل كل منها نتاج وقائع تتضمن أحد مجالات الخبرات السارة الخمس التى سبق تحديدها.

٣- حدد موراي بعض العوامل الأخرى والتي لها دور مهم في نمو الشخصية من وجهة نظره مثل:

- المحددات الاجتماعية الحضارية.
- التفرد.
- العمليات اللاشعورية.
- عملية التنشئة الاجتماعية.

٤- من أهم إبداعات موراي ابتكاره لأدوات جديدة في قياس الشخصية وهي أدوات لا تقيد متغيرات الاستجابة لدى الفحوص باستخدام الفئات المحددة مسبقاً، بل أنها أميل إلى أن تسمح بالعرض الكامل والذاتي من قبل المفحوص.

٥- ميز موراي بين نمطين مختلفين ورئيسيين من الإسقاط:

- إسقاط تكميلي: ميل المفحوص إلى إدراك بيئته أو فهمها بطريقة تجعلها تتفق مع حاجاته وعواطفه ودفعاته أو تبررها.

- إسقاط إلحاقي: يخلع المفحوص على الموضوعات أو الأشخاص في البيئة الصفات التي يمتلكها هو والتي تكون في العادة غير مقبولة لديه.

٣ـ كارل جوستاف يونج:

هو علم النفس بطريقة كارل جوستاف يونج أو ما يطلق عليه علم النفس التركيبي.

وتقوم نظرية يونج النفسية على نظرية فرويد النفسية إلا أنه أعطاها أبعاد ومفاهيم مختلفة فمثلاً:

مفهوم اللاشعور:

الذي تقوم عليه نظريات التحليل النفسي لا يقصد به يونج ما قصده فرويد فقد قسمه إلى:

١ـ لا شعور شخصي: يضم خبرات الفرد الذاتية.

٢ـ لا شعور جمعي: يضم خبرات المجتمع عامة وكل ميراث السلف.

الماضي الطفولي عند يونج يضع السلوك الحاضر كواقع ويوجه السلوك في المستقبل كإمكان، فيونج يرى في الخبرات الطفولية المكبوتة في اللاشعور محرك قوي للإبداع عند الفرد، ولم يكتف بذلك وحسب بل دعى إلى ضرورة النظر إلى المستقبل، فمستقبل الفرد ومقاصده عند يونج لها أهمية كبيرة في توجيه سلوكه كأهمية الماضي تماماً، فالسمة البارزة في نظرية يونج هي جمعه بين الغائية والعلية وقد عبر يونج بجملة " إن الإنسان تحركه الأهداف بقدر ما تحركه الأسباب".

أهم المبادئ التي تقوم عليها نظرية يونج:

١ـ مبدأ القطبية:

أقتنع يونج أن العالم بأسره قد وجد بسبب التعارض القائم بين الأشياء فهناك دائماً تعارض، وهذا التعارض يستدعي الصراع، والحياة بدون صراع

لا تساوى شيئاً، فالصراع هو المادة الخام الأساسية للحياة، وهو الذي يدفع للأمام، فالحياة والحركة وتغيير الأوضاع ممكنة فقط تحت ظروف الضغط والرغبة في إزالته عن طريق القوة المضادة، وهي التي تجعل الشيء الأصلي يتحرك فى صورة عمل. فكل شئ لـه مقابل " حياة / لا حياة" ، " شعور/ لاشعور"، "ضحك / بكاء".

يقترح يونج أن هذه التعارضات ينتج عنًها نهاية سعيدة للقصة بحدوث حالة توازن بين هذه القوى حتى لو كان قصر الأمد ولكنه دليل على حدوث تقدم.

أساليب النفس لحل الصراعات في مبدأ القطبية:

١ ـ التعويض ٢ـ الاتحاد ٣ـ التعارض.

١ـ التعويض:

أـ عندما تشعر الشخصية بأنها في حالة صراع نتيجة عجزها عن تحقيق هدف مرغوب فيه.فإنها تبحث لنفسها عن أهداف أخرى لها نفس الجاذبية ويترتب على تحقيقها إزالة هذا الصراع.

ب ـ لا يكون للفعل الرمزي نفس قوة الفعل المادي وأهميته في عملية التعويض كالحلم مثلاً بتحقيق شئ ما والسيطرة عليه، ورغم أهمية الحلم كظاهرة سلوكية في نظر يونج إلا أنه ليس فعلاً تعويضياً حقيقياً.

ج ـ يظهر التعويض بين الاتجاهات والوظائف المختلفة للشخصية. فقد يظهر التعويض بين الانطواء والانبساط، فإذا كان الانطواء هو السائد في الأنا الشعوري، فإن اللاشعور يقوم بعملية تعويضية ويقوى الانبساط المكبوت، وإذا كان الشخص على المستوى الواعي من النوع الفكري الوجداني، فعلى مستوى اللاشعور يكون من النوع الحسي الحدسي.

الإتحاد:

أـ فقد تتحد قوتين مثلاً للبحث عن حل مناسب لكليهما، ويعبر عن ذلك بالمثل " أنا وأخي على ابن عمى وأنا وابن عمي على الغريب"، أي عندما

يسود الاتحاد بين قوتين متعارضتين تستنفذ الطاقة المكبوتة في قوة ثالثة على سبيل المثال (اتحاد دولتين متصارعتين لمواجهة دولة أخرى تهدد كلتيهما).

التعارض:

ب – يُمثل بمثال التليمذين اللذين يتنافسان من أجل الحصول على أعلى تقدير فى الامتحان ويؤدي الصراع بينهما إلى حفز كل منهما على العمل وأن يصل إلى ما وراء مجرد التنافس على الدرجة ألا وهو التعلم.

يرتبط مبدأ القطبية بمبدأين آخرين هما:

١- مبدأ التعادل. ٢- مبدأ الانتقال.

أ- مبدأ التعادل:

مستمد من الطبيعة ويسمى بمبدأ حفظ الطاقة فالطاقة التي تستخدم لتغيير حالة شئ ما لا تختفي، ولكن سوف تعود إلى الظهور بصورة أخرى في شئ آخر، ومن هذا المبدأ يقول يونج أنه إذا ضعفت قيمة معينة أو اختفت فإن مجموع القوى الذي تمثله القيمة لن تفقدها النفس، وإنما تعود إلى الظهور مرة أخرى في قيمة جديدة، فانخفاض قيمة ما يعنى بالضرورة ارتفاع قيمة أخرى.

وعندما نكبت الرغبة في التعبير عن القيمة الجديدة، تصدر الحياة الرمزية للإنسان والتي من خلالها يحلم الفرد أو يوجه أنشطته في الخيال نحو هدف مرغوب فيه، فالطاقة المحفوظة يعاد توجيهها نحو الشيء المرغوب فيه من خلال عالم الحلم سواءاً كانت أحلام نوم أم أحلام يقظة لدرجة أنه قال (أن الإنسان قد يرى بالحلم طريقه الذي يسلكه نحو حل صراعاته).

ب- مبدأ الانتقال:

هذا المبدأ الثاني المستمد من الطبيعة وهو يقرر أنه عندما يوصل جسمين مختلفين بدرجة حرارتهما ببعضهما البعض فإن الحرارة تنتقل من الجسم الأعلى حرارة إلى الجسم الأقل حرارة، المهم في ذلك أن يكون الجسمان من نفس النوع أو النمط كالإنسان والإنسان والمعدن، فعندما يتصل الجسمان

فإن الجسم الأعلى شحنة يفقد بعض من شحنته إلى أن يتساوى الجسمان بالنسبة للخصائص المتبادلة، والحالة التي تنتج من ذلك هي فقد الطاقة عندما يحدث التوازن بين الجسمين.

ولكن هذا ينطبق على الأنظمة المغلقة لا على الشخصية لذا لن تصل الشخصية إلى حالة توازن بين شخصين، لكن كلما اقترب الإنسان لهذا التوازن بالتوافق بينه وبين الآخر في الصفات كلما اقترب للطمأنينة والأمن.

وفي ضوء مبدأ القطبية ومبدأي التعادل والانتقال يفسر يونج كثير من النظم التي تظهر واضحة في الشخصية فعنده (الشعور ضد اللاشعور، الأنيما ضد الأنيموس، العليّة ضد الغائية، الإعلاء ضد الكبت، التقدم ضد النكوص، الانبساط ضد الانطواء) وهكذا.

٢ـ مبدأ تحقيق الذات:

الهدف الأساسي من نمو شخصية الفرد هي تحقيق ذاته وقد كان يونج من النوع المتفائل ووجد أن مستقبل الإنسان أفضل من الماضي فالإنسان يعمل في مجموع لتحقيق السعادة ولكنه يعمل وينمو بشخصية فردية " مفهوم التفرد عند يونج".

مكونات الشخصية عند يونج:

(الأنا – الذات – الشعور – اللاشعور بشقيه " فردي وجمعي" – القناع – الاتجاهات " انبساط وإنطواء" – الظل – الأنيما والأنيموس).

الأنا Ego:

الأنا تشمل فقط العقلية الشعورية للإنسان " هي العقل الواعي في صلة الإنسان بالواقع وهو مسئول عن العمليات الشعورية كالتفكير والإدراك والإحساس والفهم والتوحد.

من خلال الأنا يعرف الإنسان نفسه وهو خير ما يعرفه الإنسان من مكونات شخصيته فهو الذي يوقظه وينبهه ويذكره بالأشياء التي يجب عليه القيام بها وكذلك يتخذ له القرارات الهامة في حياته اليومية.

الأنا يوجد في مركز العالم الشعوري ولكنه قد يدخل في صراع مع العالم اللاشعوري فمثلاً الشخص الذي يعيش على مستوى الأنا الشعوري يغضب جداً لفكرة أنه بداخله لا شعور ويشعر بأن هناك جزء من شخصيته خارج إطار تصرفه فهذا يشعره بالنقص والضعف حيال شخصيته إذ يوجد جزء لا يستطيع هو التصرف فيه.

كلما ازداد الأنا بإنكار اللاشعور زادت حدة اللاشعور في إثبات وجوده عن طريق الأحلام مثلاً أو عن طريق صراعات القلق والأعراض السيكوسوماتية، ويظل الإنسان بحالة صراع بين الأنا واللاشعور إلى سن ٤٠ والتي تظهر فيها "الذات" وهي ذروة البناء النفسي وتستخدم كل الحالات اللاشعورية والشعورية عند الفرد، فالذات هي وريثة دور الأنا القديم ولكن بتصالح مع اللاشعور.

اللاشعور الشخصي Personal Unconscious:

يقول يونج أن الخبرات التي يمر بها الشخص لا تنسى ولا تختفي تماماً إنما تصبح جزء من لا شعوره الشخصي، وتلك الخبرات إما أن تكون قد كبتت لا إرادياً أو قمعت إرادياً باعتبارها ذكرى مؤلمة للأنا أو أنها من الضعف بحيث لم تترك انطباع شعوري في النفس (واللاشعور الشخصي في حالة اتصال دائم مع الأنا لتساعده في حياته، إلا أن الكبت قد يحول دون ذلك، ورغم ذلك فإن تيار الانتقال حر بين الشعور واللاشعور الشخصي.

اللاشعور الجمعي Collective Unconscious:

يعتبر هو السمة المميزة لنظرية يونج في الشخصية ففيه تختزن الخبرات المتراكمة عبر الأجيال والتي مرت بالأسلاف القدامى وهو الأساس العنصري الموروث للبناء الكلي للشخصية فعليه يبني الأنا واللاشعور الشخصي وجميع المكتسبات الفردية الأخرى.

وقد قال يونج بوجود أنماط أولية في اللاشعور الجمعي مثل (الله، الأم، الأب، الطفل، الشيطان، الميلاد، الموت) والنمط " هو شكل فكري مشاع وعام يتضمن قدر كبير من الانفعال به، وكلما كان التوازن بين النمط الأولي وصورته الفعلية بالواقع كبير، كلما كان هناك استقرار في البناء النفسي، كصورة الأم مثلاً، كلما كانت الأم الفعلية مطابقة في حقيقتها للموروث المصاحب لثقافة أو نمط الأم كلما كان الإستقرار في بناء الفرد الواقع تحت سلطة تلك الأم.

العقد Complexes:

هي تجمع لخبرات وتجارب تتمحور حول نقطة معينة يظل الفرد يتحدث عنها مراراً وتكراراً في حياته وتكون هي محور كل تفسيراته ومن أمثلتها "عقدة الأم – عقدة الأب – عقدة القوة"، وبرغم أنها تكون خبرات تركت أثراً في الأنا نتيجة لتكرارها، إلا أن لها ميزة تفسير الخبرات التي سبق أن تكونت حول العقدة وهذا ما يسميه يونج (قوم تجمع العقد).

في معظم الأحيان توجد العقدة ونواتها في اللاشعور الشخصي والفرد لا يكون على معرفة تامة أنه يفسر أو يستخدم الكثير من الظواهر العرضية الغريبة في خدمة عقدته.

القناع Persona:

مصطلح يوناني قديم اسمه "برسونا" ومعناه القناع، اتخذه يونج ليصف به الوجه الذي يتقدم به الإنسان للمجتمع، فنحن في حياتنا اليومية قد نجد ضرورة لأن نغلف الذات الحقيقية بغلاف خادع ونلبسها قناع لتبدو مع العالم في مظهر لائق يتفق والجماعة. وأسماه يونج أيضاً قناع العقل الجمعي أو القناع الذي يخفي وراءه الفردية الخاصة بالفرد ذاته.

مشكلة القناع عند يونج تأتي من أن الإنسان يكون أمام المجتمع مستتراً وراء قناعه وهو هنا قد يبدو غريباً تماماً عن وجداناته ومقاصده الحقيقية،

فالإنسان يتحصل على القناع من الدور الذي يطالبه المجتمع بالقيام به، وكلما كان الدور يناسب وجدان الإنسان أكثر كلما كانت حدة القناع في التأثير أقل، وكلما كانت الغلبة لتحقيق الذات أكثر. فكلما ابتعد الإنسان عن تحقيق ذاته وراء قناع فقط يخدم صورته بزيف أمام المجتمع، كلما أصبح أقرب إلى الحالة المرضية منه إلى السواء.

والقناع هو جزء من الأنيَّة متجه نحو العالم الخارجي، وهو باعتباره من مظاهر السلوك النفسي الذي هو عبارة عن الموقف العام للفرد بإزاء محيطه، إنما هو " تسوية بين الفرد والمجتمع من جهة ما يبدو عليه الفرد"، أو قل هو " مركب وظيفي مكون لأسباب تكيُّف أو راحة، لكنه يفترق عن الفردية. وهذا المركب الوظيفي لا يخص إلا العلاقات مع الأغراض.

هذا والشخص السويّ من الوجهة النفسية يأخذ بعين الاعتبار ثلاثة عوامل في آن واحد:

أ - الأنيَّة المثالية (الصورة التي يراها الفرد مرغوبة).

ب - الصورة العامة التي يشكلها المحيط عن أذواق الفرد.

جـ- الطوارئ النفسية والنفسانية التي يمكن أن تحدّ من تحقيق المثل المفترضة أو تعرقل هذا التحقيق.

مصطلح القناع يشير إذن إلى المشخّص الاجتماعي الذي، وإن كانت يتصف بفوائد وخواص الثوب التي لا يُستغنى عنها، فإنه غالباً ما يعرّضنا لستر طبيعتنا الفردية، فالقناع قد يكون عامل حماية (وتكيُّف) للفرد مثلما قد يكون خطراً عليه: حجب طبيعته الحقيقة، خطر توّحده مع قناعه (بأن يظن أنه قناعه وأن قناعه هو)، الخطر الذي ينطوي عليه في الوقت نفسه الافتتان بالقناع (كأهمية المهنة المبالغ فيها لدى بعضهم) أو خطر تحجُر القناع إلى حد وخيم.

الأنيما والأنيموس Anima And Animous:

قال يونج بأن الإنسان ثنائي الجنسية فالأنثى تمتلك بداخلها حساً ذكورياً يسمى الأنيموس وهو ميل للرجال بصورة تتوافق مع تلك الأنيموس الداخلية

بذاتها وكذلك فالرجل يمتلك أنيما ويميل للأنثى التي تحقق لـه التوازن بين صورتها في نفسه والواقع الملموس له.

من هنا تنشأ قدرة الرجل والمرأة على فهم كل منهما الآخر بما يملكه في نفسه من جزء منه، والدليل على امتلاك كل منهما جزء من الآخر على سبيل المثال لا الحصر مثلاً أنه في الشيخوخة يتخذ الجانب المهمل حيزاً من الظهور على النواحي الجسمية للفرد كشخونة الصوت عند المرأة ورقة الملامح عند الرجل.

الظل Shadow:

الظل يمثل الغرائز الحيوانية أو الأفكار المستهجنة والدوافع الشهوية بشخصية الفرد، فهو يقوم بمقام الهو عند فرويد حيث يمثل السلوك السيئ خلقياً والذي يستحق التأنيب وهو بالأصل موروث من اللاشعور الجمعي عند الإنسان. الظل مشكلة خلقية تتحدى شخصية الأنا كلها.

تعبر الخافية الفردية عن نفسها من بعدُ بمشخص الظل الذي يرمز إلى "وجهنا الآخر"، "صِنْونا"، "شقيقنا المظلم" الذى من جنسنا نفسه والذي، على كونه غير مرئي، لا يفارقنا أبداً ويشكّل جزءاً من كليتنا. وهو صورة أحلامية غالباً ما تتميز بخاصية سوداء، ففى الأحلام غالباً ما يترافق اللقاء مع الظل أو خلعه على بعض معارفنا، مع استيناء نمط الوظيفة النفسية السائدة ونمط موقف الفاعل. إنه " الطرف المقابل" لأنيّتنا الواعية: " كلنا متبوع بظل، وكلما قلّ اندماج هذا الظل في الحياة الواعية للفرد كان أشدّ سواداً وقتامة".

والظل بعامة شأن بدائي، غير متكيّف، شقيّ، لكنه ليس بالضرورة "شريراً": إنه يمثّل كل ما نُحِّي عن الوعي باعتباره متنافراً مع الأنا، وقوامه عيوبنا، ونقائصنا، وبعض خصالنا المنبوذة بمقتضى الأحكام المسبقة الاعتباطية، المشدودة بدورها إلى مشكلة القناع ، بالإضافة إلى منتجات الوظيفة النفسانية الأقل تمايزاً. واللقاء مع الظل على هيئة حوار بينه وبين الأنا،

إبـان حلـم علـى سبيل المثال، لحظة مُكربة جداً: فالأنا تتعرض لخطر الغرق في النوازع المكبوتة التي تقرّ بنسبتها إليها والتي تتضاد ونوازعها الواعية.

علـى أن للظل معنى أوسع بكثير، ويمكن الإشـارة بـه إلـى الخافية في جملتها، من حيث إن كل مـا لم يلـج بعد عـالم نـور الوعـي يظهر للعيان مفعماً بالظلمة ومنذراً بالشر والخطر.

من مميزات الظل التي قال بها يونج:

هي أهم الأنماط عند يونج حيث قال أن الذات التي تقع في موضـع وسط بيـن اللاشـعور والشـعور تكـون قـادرة علـى إعطـاء الـتوازن للـنفس ككـل فهـي تحفظها في حالة استقرار وثبات نسبي.

قال إن الإنسان يحقق هذا الثبات النسبي في سن متقدمة بعد أن يكون قد تغلب علـى تهور المراهقة والاتجاه نحو العالم الخارجي في بداية الرشد فحيث يتقدم الفرد نحو متوسط العمر تحل اتجاهات الانطواء محل اتجاهات الانبساط وهكذا.

ميكانيزمات تحقيق الذات:

١- عوامل القطبية ومبدأي التعادل والانتقال.

٢- النظام البيولوجي المجهز بالغرائز التـي تحفظ النوع وتعمل على استمرار الحياة.

٣- تطلع الفرد للمستقبل فهو لا يعيش في خبرات الماضي فقط.

٤- بلوغ التحقيق الكامل للذات عبر مراحل نمو الشخصية فقد استثمر الليبيدو في ألوان من النشاط تكون ضرورية لبقاء الحياة فقبل سن الخامسة تبدأ القيم الجنسية وتبلغ قمتها في المراهقة وفي مرحلة الشباب، ويستكين الفرد في الأربعينيات حيث يحدث تغيير حاسم في قيمه وأهدافه.

٥- خبرات الفرد تتيح تحقيق الذات فلو أهمل جزء من نظـام الشخصـية فـي مـرحلة مـا سـوف ينشـط كمركـز للمقاومـة، وإذا كـثرت مراكـز المقاومـة

وأصبح الفرد عصابياً. فلكي نسمح بنمو تحقيق الذات يجب السماح لكل نظام من أنظمة الشخصية ببلوغ أقصى درجات النمو ويسمى ذلك بعملية التفرد.

٦- الرموز قادرة على تحقيق الذات فكثير مما يقوم به الإنسان ممكن أن يوجه إلى مستوى رمزي من خلال الصور والكلمات والأحلام والموسيقى والفن فالرمزية التي يتمتع بها الإنسان تساعده على بلوغ أعلى مستوى تمايز للذات.

هذا ولتحقيق الرمز عند يونج وظيفتين أساسيتين:

١- تمثل مستودع خبرات الأسلاف.

٢- تمثل المستويات الطموحة للإنسان.

وفي هذا الصدد يقول يونج: إن الناس دائماً ما تسعى إلى إيجاد الشركاء الذين يجدون معهم ما يفتقدونه بأنفسهم " مبدأ القطبية والتعويض".

الموت الإرادي عند يونج:

هو تعبير أطلقه يونج عندما يغوص الإنسان في عالم عبداً للأفكار المستهجنة وتحقيق الشهوات لا أكثر.

فكرة تحليل المحلل النفسي:

يونج أول من نادى بها وأخذها عنه الفرويديون وهي ضرورة أن يخضع المحلل النفسي ذاته للتحليل أولاً.

نشأة الوعي عند يونج:

كيف نشأ الوعي ؟ " قال يونج أن لا مشكلة بلا وعي، أي كلما ازداد وعي الإنسان كلما كانت المشاكل قادرة على الظهور، فبدون وجود الوعي لما تمكن الإنسان من التعرف على الأشياء ولا على إدراك أن تلك الأحداث تمثل مشاكل، وتلك الأحداث لا تمثل مشكلة، ويمكن معرفة ذلك بمراقبة الأطفال وملاحظة كيفية تصرفهم عند التعرف على شئ لأول مرة، ولكن المعرفة هنا

أيضاً لا تعنى الوعي وإنما ينشأ الوعي من القدرة على الربط بين تلك المعارف بعضها البعض.

كما قال بأن الراصد في علم النفس يتعذر عليه أن يكون موضوعياً من حيث أن رصده سيكون فيه بعض من البناء على موضوعات ذاتية وشخصية سابقة وقال بأن كل ما هو نفسي حقيقي جداً وواقعي كما العالم المادي.

اختلافات يونج مع فرويد:

ساورت يونج الشكوك بخصوص تركيز فرويد على الجانب الجنسي في تفسير تعقيد شخصية الفرد، وهذا لم يستطيع تقبله وقال أن هناك مرضى ترجع اضطراباتهم إلى خارج النفس.

ومن هناك بدأ تمييز النمطين "الانطوائي والانبساطي" وقد استنتج ذلك من مرضى الفصام الذين يستغرقون بدواخل أنفسهم فلا يمكن أن ننسب حالات الفصام مثلاً إلى مشاكل جنسية. وفرويد الذي لم يعمل يوماً مع مرضى الفصام لم يوافق على ذلك وقذف بتلميحاته السوداء تجاه عمل يونج بأنه خائن وبعد ذلك بدأت علاقتهما تنحل بسرعة.

من خلال الأحلام قرر فهم ما أسماه أزمة منتصف العمر وبدأ بحثه فيما أسماه نيكيا Nekyia أو الرحلة الليلية للروح فقد كانت أحلامه تتضمن صور وحوش وأساطير وهي تتطابق مع أحلام مرضى الفصام فأرجع ذلك إلى ما يسمى النموذج الأصلي الموروث ومن هنا نشأت فكرة اللاشعور الجمعي.

قال إن الأخصائي أو المحلل النفسي لكي ينجح في عمله عليه الاندماج في الأماكن التي تتيح له التعامل الفعلي مع الحالات لا أن يغوص بالدراسة فقط.

وقال بأن العلاج ما هو إلا عملية توليد للحقيقة، ومنهجه في العلاج منهج المصارحة بلا تحايل أو مواربة بين شخصين " المعالج والمريض" وذلك بقصد تحقيق الوعي، فهو لا يخشى التحويل كفرويد، إذا يرى أنه وسيلة لإظهار المضامين الخافية، وقال بأنه لا يجب وضع خطة للعلاج فأحياناً تصدر أشياء

غير متوقعة قد تربك المعالج. يقول يونج بأن الرؤية الصحيحة للفرد تتحقق عندما يتمعن في ذاته فمن ينظر خارج حدود ذاته يحلم، أما من ينظرون داخلها يستيقظون لتحقيق الحلم.

أخذ يونج على فرويد أنه لا يأخذ في الحسبان قدرة المنظومة النفسية على إبداع عدد ومواد جديدة ويأخذ أيضًا عليه افتراضه أن الرمزية لا تمت بصلة إلا إلى الماضي برغم أن الواقع التجريبي يقول إن الحلم مسرح لعمليات لم تكن يومًا واعية وهو ما أرجعه يونج لموروث اللاشعور الجمعي وقدرة الإنسان على إبداع رموز متنوعة إبداعاً فطرياً.

يأخذ يونج على فرويد (التداعي الحر) إذ يتصف بالتقليص الذي لا يتيح إلا تفسيرًا إرجاعيًا يختزل الحلم إلى ثوابت موضوعه سلفاً تفتقر إلى المرونة والشمول ففرويد يربط أحلامنا بخواطرنا ومشكلاتنا الواعية بسببية حتمية أنه جعل من الحلم الطريقة الأيسر لبلوغ المركبات، أما يونج فيقر من جانبه كل الإقرار بأن أحلامنا يمكن أن تكون منطلقاً لفن التداعي الحر في التنقيب عن الرغبات الوجدانية المكبوتة.

يقابل يونج منهاج فرويد الممعن في السببية بمفهوم الظرفية (الظروف المعينة تتمخض عن أحلام من نوعها) بوصفه الإطار العام الذي يسمح بفهم الأحلام، إذ أن المغزى من رغبة محددة في حلم ما لا يصح استنباطه بالاشتراط السببي وحده، إنما كذلك بقيمة موقعه في سياق الحلم إجمالاً، وخطورة هذا الموقع " فالحلم يترجم حال اللاشعور في لحظة معينة"، ويؤدي في الحالة السوية وظيفة تكاملية بالنسبة للشعور بما يستهدف حل النزاعات النفسية إن وجدت. الأمر الذي يضفي عليه قيمته الإستباقية المنذرة.

كما قال يونج بأن استعمال الأحلام سُبلاً إلى المركبات أو منطلقات للتداعي الحر ليس إلا استعمالاً مبتوراً ومَبتسراً لمعنى الحلم وتغييباً في الوقت نفسه لواقع تجريبي أصيل هو أن الرموز التي تظهر في الأحلام أكثر تنوعاً وأغزر دلالة من الأعراض الجسمانية للعصاب.

إذن يجب عدم التفتيش عن معنى الحلم بما يشكل كلاً تاماً عن طريق التداعي الحر لأنه من شأنه – أي التداعي – أن يصرف الانتباه عنه.

الحلم كما يرى يونج محصول طبيعي ينبغي إعمال النظر فيه بما هو كذلك، أي على نحو ما يتم التأمل في زهرة بديعة أو لؤلؤة نادرة.

فمن الثابت على سبيل المثال لا الحصر إن العديد من الصور الأحلامية ترمز بوضوح إلى الوصال الجنسي، لكن المهم في الأمر ليس رأي فرويد الإمساك بالتلميح إلى الوصال، بل الأحرى فهم الموقف النفساني الإجمالي الذي نجم عنه اختيار هذه الصورة أو تلك.

فالرموز التى "يستعيرها" الحلم لرسم وضع ما ليست مجرد إشارات أو كنايات تختلقها وظيفة "رقيب" Censorship تفيد ستر هيئات عن حالة الصحو، على حد ظن فرويد، بل هي صور تنطوى على علّة وجودها، وتمتلك ديناميّة خاصة بها. والمغزى منها لابدّ أن يتجاوز كافة التفسيرات التي نضعها لها لأن من شأن الرمز على وجه الدقة أن يجعل الواعية على صلة بما هو " مجهول ولا يرقى إليه علم قط".

هذا ولا يطمئن يونج إلى منهج التداعي الحرّ في تفسير الأحلام لسبب بسيط هو تعذر تطبيقه على حالات الأحلام النموذجية البدائية التي تعود بما لا يدع مجالاً للشك إلى الخافية الجامعة. لقد ميّز يونج بين أحلام اليقظة Fantasies والأحلام المعبرة عن التفتح الشخصي للمرء من جهة، وتلك التي لمس فيها خاصية شمولية أو قواسم مشتركة بين الأحقاب التاريخية والحضارات كافة. فإذا كان التداعي الحرّ يصلح منهاجاً للولوج إلى الخافية الفردية النسبية، وحدها الأحلام "العظيمة" تفتح الباب على مصراعيه للولوج إلى الخافية الجامعة. هذا المنظور ييسّر من جانب آخر استنطاق الأحلام عن المزيد مما يختبئ بين ثناياها: كأن نهتدي بها، لا إلى المركبات، بل إلى البنيان النفسي للشخصية الكلية للفرد، أي أن تمهد لنا الطريق للقيام بالخطوة الأولى الحاسمة على درب التفرد Individuation.

وأخيراً يأخذ يونج على فرويد اعتباره الصور والتداعيات التي تشبه فى أحلامنا أساطير الأولين مجرد مخلفات بائدة – وهي وجهة نظر تميّز كل من يعتبر الخافية ملحقة بالواعية أو تابعة لها، أو "حاوية قمامة" يرمي فيها كل ما ترغب الواعية عنه أو تستهجنه أو تستحي منه.

إن فرويد، إذ يتصور هذه التداعيات على هذه الشاكلة تغيب عنه الوظيفة الفعلية لهذه الصور، بما هي الجسور الواصلة بين فلك الواعية العقلاني من جهة، وبين عالم الغريزة والفطرة من جهة ثانية.

ومن الممكن فهم الدور المجازي للحلم انطلاقاً من أن لكل كلمة معنى يختلف من شخص لآخر اختلافاً طفيفاً نسبياً (حتى عندما يتعلق الأمر بأشخاص ينتمون إلى بيئة ثقافية واحدة)، وهذه الاختلافات تنويعات فكرية أو وجدانية دون الوعي (أصغر أو أضعف من أن يُدرك أو يُحس به) Subliminal لكنها تتخذ في الأحلام أهمية عظيمة. إن من شأن جذور خواطرنا الواعية هذه أن تعلل لماذا يمكن لأغراض عادية محددة (حُجرة موصدة بالمفتاح، قطار فائت، سيارة خارجة عن سيطرة سائقها، لغم بحري ... الخ). أن تكتسب لدينا مغزى هو من القوة بحيث يجعلنا نستيقظ أحياناً من نومنا مذعورين.

الأشياء التي التزم بها الفرويديون الجدد من نظرية فرويد:

١- التداعي اللاشعوري.
٢- الكبت والمقاومة وأهمية ذلك في التحليل أثناء العلاج.
٣- الاهتمام بالنزاعات الداخلية وأثرها على التكوين النفسي.
٤- التأثير المستمر للخبرات الطفولية المبكرة.
٥- طريقة التداعى الحر وتحليل الأحلام.

ثانياً : النظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعي

تعكس نظريات الشخصية التي صاغها " فرويد " و" يونج " تأثير المناخ الاجتماعي نفسه الذي شكل وجهة التقدم في البيولوجي والكيمياء في القرن التاسع عشر. فقد نظرا إلى الفرد باعتباره نظام طاقة يتسم بالتركيب والتعقد بل يساعد علي استمرار نفسه بتفاعلاته مع العالم الخارجي كما أكدا علي مفهوم البقاء الفردي وانتشار الأجناس وتكاثرها والنمو الارتقائي. ومعنى ذلك أنه علي الرغم من أن " فرويد " - علي وجه الخصوص - فقد تعهد بمبدأ بناء علم نفس عام فإنه مال إلى التأكيد علي الفرد علي حساب البيئة الاجتماعية أو الثقافية التي وجد الفرد في إطارها.

وكما هو الحال في الغالب فإن التشدد في اتجاه معين يفضي إلى التشدد في اتجاه معاكس له. فعلي حين شغل العالم الأكاديمي بالداروينية ونموذج التطور البيولوجي بدأ علم الاجتماع والأنثروبولوجيا (علم الإنسان) في الانبثاق والظهور كنظامين مستقلين في اهتماماتهما وبينما كان " فرويد "و "يونج " يؤكدان علي أهمية المحددات البيولوجية والوراثية في تشكيل السلوك فإن رد فعل الآخرين من واضعي نظريات الشخصية كان مع النظريات الاجتماعية والثقافية.

ولقد أدى تجاهل " فرويد " النسبي للإطارين الاجتماعي والثقافي واللذين يحدث فيهما السلوك إلى هجر كثير من المنظرين اللاحقين لمبدأ الحتمية البيولوجية والتخلي عنها تأييدا لمبدأ الحتمية الثقافية.

وطبقاً لوجهة النظر الاجتماعية النفسية فإن الفرد يعد نتاجاً للمجتمع الذي يعيش فيه كما ينظر إلى الشخصية من حيث تشكلها بالمتغيرات الاجتماعية علي نحو أكثر من المتغيرات البيولوجية ومن بين العلماء الذين تبنوا النظرية التحليلية النفسية مع التأكيد علي دور علم النفس الاجتماعي فيها تبرز أربعة أسماء: ألفريد أدلر ،وكارين هورني، واريك فروم، وهاري ستاك

سوليفان. فكل هؤلاء الأربعة كونوا ـ بطريق أو بآخر ـ رد فعل مضاد لتأكيد " فرويد " علي الحاجات والغرائز البيولوجية ولكن لم يقم أي منهم باتخاذ موقف بيئي متطرف مؤكدين بالأدلة والبراهين أن شخصية الفرد إنما تتكون كلية من خلال أوضاع المجتمع الذي ولد فيه.

وفي إطار تأكيدهم علي متغيرات مختلفة فقد خصصوا للشخصية أبعادا اجتماعية تلائم الأبعاد البيولوجية التي توسع " فرويد " و" يونج " في تفصيلها في حين لم يعطوا لفكرة الدافعية اللاشعورية إلا قليلا من اهتمامهم فقد بسطوا القول في تناول الشخصية بمدخل نفسي داخلي intrapsychic من خلال سبر محدداتها الاجتماعية واكتشافها.

الفريد أدلر: Alfred Adler (١٨٧٠ـ١٩٣٧)

- انفصل عن فرويد لعدد من الاختلافات النظرية كان أهمها تركيز فرويد على غريزة الجنس وسلبية الإنسان أمام حتميتها الطبيعية.
- ترتبط كثير من مفاهيمه بسيرته الذاتية وتحديداً معاناته من المرض في طفولته وما لازم ذلك من مشاعر العجز والنقص، ثم كفاحه من أجل التغلب على هذه المشاعر وتحقيق التميز.

الاختلاف مع فرويد:

- يقلل من أهمية الجنس، ويركز في المقابل على مشاعر العجز النقص وما يرتبط بها من عدوان لتحقيق التميز والكمال. (في حين يربط فرويد المركبات الأوديبية بالجنس، يربط أدلر المركبات الأوديبية بالعدوان).
- أقل تشاؤماً في نظرته للفرد، الأنا أكثر فعالية لدى أدلر مما هي عليه في نظرية فريد، إذ تعمل لتحقيق التكيف من خلال طبيعتها الغائية، وأهدافها الاجتماعية.
- في حين يقبل فرويد حب الذات (النرجسية) كطاقة طبيعية لحماية الذات يراها أدلر انكفاء على الذات واستبعاد للاهتمامات الاجتماعية، وهي صورة

مرضية تنتج عن مشاعر النقص لسعي من الشخص من خلالها إلى استبعاد الاهتمامات الاجتماعية.

- في حين يقبل فرويد حب الذات (النرجسية) كطاقة طبيعية لحماية الذات يراها أدلر انكفاء على الذات واستبعاد للاهتمامات الاجتماعية، وهي صورة مرضية تنتج عن مشاعر النقص لسعي من الشخص من خلالها إلى استبعاد الاهتمامات الاجتماعية.

- لا يتفق أدلر مع فرويد على تقسيم الشخصية إلى بناءات متصارعة، فهي وحدة كلية تتم وحدتها من خلال النزعة التطورية لتحقيق النمو.

- الكفاح الموجه لتحقيق التميز والكمال Superiority and perfection وما يرتبط به من عدوان (طبيعة العدوان تختلف عند الأسوياء والمضطربين) هو الدافع الأساسي لتحقيق أهداف مرسومة وليس خفض الصراع بين الحاجات المتصارعة.

- يختلف مع فرويد في تفسير لعمل الحلم، ففي حين يراها فرويد كوسيلة لإشباع الرغبات المكبوتة، يربط أدلر عمل الحلم بسعي الفرد الهادف للتكيف، فهي وسيلة لحل مشكلات الفرد التي لم يستطع حلها في الواقع، وذلك من خلال خلقه لحالة انفعالية تدفع وتوجه الفرد لتحقيق أهدافه عند صحوة. إذاً فالحلم عند فرويد مشبع في حد ذاته، في حين يعتبره إدلر وسيلة، كما يمكن النظر إلى الحلم على أنه ارتباط بالماضي عند فرويد، في حين يرتبط بالمستقبل عند أدلر.

المسلمات الأساسية لنظرية أدلر:

- **مشاعر النقص والعجز والكفاح من أجل التميز والكمال كبديل لنظرية الجنس:**

يمثل مركب النقص Inferiourity في الإنسان والذي يرتبط بالعجز الطبيعي في بداية الحياة وما يدعمه من عوامل أخرى كالمرض والإصابات، ثم

العجز عن مواجهة الموت الأساس لدافع الكفاح من أجل التغلب على مشاعر النقص والعجز، ثم من أجل التميز Superiority والكمال، وهذا الدافع يعتبر سوياً من وجهة نظر أدلر إذا بقي الفرد محافظاً على أهدافه الاجتماعية، إلا أنه قد يصبح مرضياً إذا فقد الفرد أهدافه الاجتماعية.

- **العدوان**: بالرغم من أن أدلر هو المبتكر لفكرة العدوان التي قال بها فرويد فقد قام بتعديل وتطوير الفكرة من خلال أعماله المتتالية، ويمكن إيجاز ذلك في:

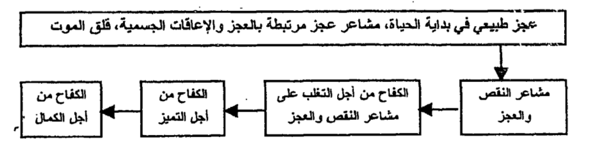
١- **العدوان**: إحساس بالكره نحو مشاعر العجز وعدم القدرة على تحقيق الإشباع، ويمكن للعدوان أن يتحول إلى طرق عديدة عندما لا يستطيع الفرد توجيهه للموضوع الأساسي. ومنها تحول الدافع العدواني إلى العكس كالغيرية، تحويل طاقة العدوان إلى دافع بديل آخر، تحويل العدوان إلى هدف آخر، تحويل العدوان إلى الذات.

٢- ربط أدلر فكرة العدوان من أجل التغلب على مشاعر العجز والنقص بالذكورة Masculinity، لما يرتبط بها بيولوجياً وثقافياً من مشاعر التميز والقوة، إلا أنه قلل ممن أهمية ذلك فيما بعد.

٣- ربط العدوان بالكفاح بالبحث عن التميز Striving for Superiority.

٤- وأخيراً ربط العدوان بالكفاح من أجل تحقيق الذات والكمال Striving for perfection.

- **الحاجة للحب**: بالرغم من أن العدوان دافع طبيعي من وجهة نظر أدلر لتحقيق ذاته، فإن وجوده لا ينفي حاجة الإنسان للحب والعاطفة ولذا فهو يكافح من أجل تحقيق ذلك.



- **الغائية**: يعتبر أدلر أقل تشاؤماً من فرويد في نظرته لفاعلية الإنسان في مواجهة الحتميات البيولوجية، حيث يرى أن الفرد يسعى بفاعلية لتحقيق غايات وأهداف يسعى من خلالها لتحقيق التميز والكمال والتغلب على مشاعر العجز. لقد تبنى فكرة Vaihinger عن الغايات المثالية معتبراً الغاية (الهدف) النهائي بأنه ذاتيا، وأن لـه معناه الشخصي لتحقيق وجوداً إيجابياً للفرد (فكرة إنسانية كان لها أثرها على علماء علم النفس الإنساني).

إذا فالفرد موجه بهدف Goal-directed (قد يكون لاشعوريا). هذا الهدف يمثل الطاقة الإبداعية الغامضة للحياة Mysterious creative power . ولقد استخدم أيضا مصطلح Guiding self-ideal للإشارة إلى الغائية الذاتية الموجهة للفرد معتبراً إن هذه الغائية هي الأساس الموحد للشخصية. نظراً لوجود خطط لا شعورية للسيطرة على مشاعر العجز يمكن أن تكون بعض الأهداف الموجهة لنشاط الفرد خيالية لتتفق مع تلك الخطط.

- **الاهتمام الاجتماعي**: يسعى الجميع للكفاح من أجل التغلب على مشاعر العجز، ولا فرق بين الأسوياء والعصابيين في ذلك، كما يمثل العدوان دافع طبيعي مرتبط بهذا الكفاح، إلا أن الفرق بين المجموعتين هو وجود أهداف اجتماعية للأشخاص الأسوياء مما يعني توجيه العدوان وتهذيبه ليكون اجتماعياً وليأخذ شكلاً اجتماعياً مقبولاً. كما تنعدم النرجسية المرضية لدى الأسوياء، في حين تنعدم الأهداف الاجتماعية ويمارس العدوان والنرجسية بشكل صريح عند العصابيين.
- **نمط الحياة**: استخدم أدلر علم النفس الفردي ليؤكد الطبيعة الذاتية لكفاح الفرد من أجل تحقيق أهدافه التي يسعى من خلالها للسعي للتميز في الكمال (هذه الفكرة تؤكد التوجه الإنساني لأدلر).

- **أنماط الشخصية:** قسم أدلر أنماط الشخصية في بداية حياته إلى شخصية تفاؤلية، عدوانية، انطوائية، ومنبسطة. ثم طورها عام ١٩٣٥ مضيفاً إليها درجة فعالية الشخص ودرجة اهتماماته الاجتماعية ومن ثم خرج بالتقسيم التالي:

١- النوع المتمسك بالقواعد The Ruling Dominant Type: لديه درجة عالية من الإصرار والسيطرة على الحياة ولكنه على درجة عالية من العدوانية، كما يعاني من ضعف شديد في الاهتمامات الاجتماعية.

٢- النوع النفعي(النوع المتعلم للأخذ)The Getting-Learning Type: يتوقع إشباع حاجاته. لديه اهتمامات اجتماعية ولكنها ضعيفة.

٣- النوع الانسحابي The Avoiding Type: يتسم الفرد بالانسحابية وضعف النشاط وعدم القدرة على تحقيق أهدافه. ولذا فإن اهتماماتهم الاجتماعية ضعيفة بالمقارنة بكل المجموعات الأخرى.

٤- الاجتماعية The Socially - Useful Type: وهي تشير إلى نمط سوي نشط للشخص الذي له أهدافه التي يسعى لتحقيقها في حدود مصالح المجتمع.

- **العوامل المؤثرة على نمو الشخصية:**

١- العوامل البيولوجية ولعل من أهمها حتمية الشعور بالضعف في بداية الحياة، وأيضاً غريزة العدوان.

٢- خبرات الطفولة المؤلمة والمؤكدة لعجز الفرد.

٣- الأحداث الحياتية.

٤- وضع الطفل في الأسرة (ترتيب الطفل في الأسرة والطفل الوحيد).

كارين هورني (١٨٨٥-١٩٥٢) :

أهم ما يميز سيرتها الذاتية المؤثرة في بناء مسلمات نظريتها شعورها بالرفض الوالدي في الطفولة وخاصة من الوالد (البحار) الذي تميز بالصرامة،

وشعورها بأنها أقل جاذبية من الأخريات. هذا الشعور له صلة كبيرة بتركيزها على أهمية علاقة الحب بين الأطفال ووالديهم وغيرها من الحاجات المرتبطة بشكل أو بآخر بالحب والقبول الاجتماعي. كما يُعتقد أن مشاعر الرفض والنقص التي عانت منها في طفولتها ومراهقتها هي الدوافع وراء تأكيد ذاتها في مجالات علمية (من أقوال هورني إذا لم أكن جميلة فقد قررت أن أكون ذكية)، وهذا يفسر تأكيدها على طبيعة الإنسان الكفاحية لتحقيق ذاته.

العلاقة بين فكر هورني وفكر فرويد:

- تأثرت بفكر فرويد إلى درجة كبيرة إلا أنها لا تتفق معه في تركيزه على أهمية الجنس، وترى أن هناك عدد من الحاجات الأساسية أهمها الحب الوالدي والذي يعتبر البديل الصحيح من وجهة نظرها لفكرة الجنس الفرويدية.
- لم تبد اهتماماً ببناءات الشخصية التي قال بها فرويد وتتعامل مع الشخصية كوحدة واحدة.
- تقلل من أهمية الحتمية البيولوجية ككل وترى أن للإنسان الدافعية للنمو مدى الحياة.
- تتفق مع فرويد في أهمية خبرات الطفولة المكبوتة (تتفق حول أهمية اللاشعور)، إلا أنها لا تربطها بالرغبات الجنسية بل بفقدان الحب والاعتراف.
- تتفق مع فرويد حول أهمية الخبرات اللاشعورية إلا أنها ترفض تعميمها.
- هناك تأثير متبادل مع فروم.

المسلمات الأساسية لنظرية هورني:

- بديلاً عن الجنس هناك مجموعة من الحاجات الأساسية للإنسان أهمها الحاجة للحب والقبول والاعتراف ثم الحاجة لتحقيق الذات.

- تـرى أهمـية العلاقـات الأسـرية وتعتـبرها الأسـاس فـي إشـباع أو إحـباط الحاجـات الأساسية. وتمـثل خبرات الطفولـة سـواء أكانـت إيجابية أم سـلبية الأساس لبناء الشخصية في المستقبل.
- **القلق الأساسي:**

١- كما هو الحال عند فرويد وأدلر وفروم وغيرهم ترى هورنـي أهمية القلق الأساسـي والـذي تقصد بـه القلق الأولـي الطبيعي (تفريقاً له عن أنمـاط القلـق الأخـرى الموضـوعية أو العصـابية الـناتجة عـن القلـق الأساسـي نفسـه) الذى ينتج عن اكتشاف الفرد لعجزه في مواجهة الكبار (الوالدين) الذي يجد نفسه مضطراً للاعتماد عليه.

٢- وتـرى أن السبب الأساسي والذي اعتبرته شراً The basic Evil لهذا القلق يتمثل في إهمال ورفض الوالدين للطفل.

٣- تولد هذه المشاعر الكراهية الأولية للآخرين The basic hostility لمن يمـثلون سبباً للقلق (عـادة الوالديـن)، إلا أنـه يضـطر لكبـتها نتيجة للعلاقة الاعتمادية من طـرفه فضـلاً عن تناقض مشـاعر الكراهية مع مشاعر الحب نحوهم.

٤- يستثير القلق الأساسي كفاح الفرد للتغلب على مشاعر عدم الأمن العجز والرفض عن طريق تحقيق الذات.

- يـأخذ كفـاح الفرد لتحقيق الأمـن وتـحقيق الـذات نمطين تبعاً لحدة القلق الذي يكـون نتـيجة للـتفاعل بيـن مَـدَى سـوء الواقـع الخارجـي وشخصـية الفـرد. وتشمل:

١- نمـط الكفـاح السـوي: تـبقى حاجـات الفـرد الأساسـية فـي حـدود السـواء ويكافح من أجل تحقيقها مع الاحتفاظ بأهدافه الاجتماعية.

٢- نمـط الكفـاح غير السـوي: حيـث تـتحول الحاجـات إلى حاجات عصـابية ملحة وتشمل:

- الحاجة العصابية للحب والعاطفة والقبول.
- الحاجة العصابية لشريك يعتمد عليه.
- الحاجة العصابية للقوة والسيطرة.
- الحاجة للاستفادة من الآخرين.
- الحاجة العصابية إلى الاعتراف.
- الحاجة العصابية للإعجاب.
- الحاجة العصابية للإنجاز.
- الحاجة العصابية للكفاية.
- الحاجة العصابية للكمال.

٣- ويسلك أساليب سلوكية غير صحية أو عصابية كالخضوع والانسحاب والعدوان.

- يرتبط فشل أو نجاح الفرد فى كفاحه بإدراكه لذاته. وتحدد هورني أربعة جوانب للذات كما يدركها الفرد هي:

١- الذات المثالية.
٢- الذات الحقيقية.
٣- الذات الواقعية.
٤- الذات المحتقرة.

إريك فروم:

تأثير فرويد وماركس في فكر فروم:

- تأثر بشكل أساسي بفكر كل من كارل ماركس الاجتماعي وفكر فرويد في التحليل النفسي، كما تأثر بشكل تبادلي بفكر هورني مما أدى به إلى توسيع مفهوم التحليل النفسي ليتعامل مع الفرد ككائن في مجتمع له ثقافة يتعامل فيه مع الآخرين باعتمادية متبادلة.

- تأثر في تبني هذا الموقف بالأزمات الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن الحربين العالميتين.
- في اختلاف مع فرويد الذي يركز على الحاجات أو الغرائز الجنسية والعدوانية يحدد فروم ست حاجات اجتماعية أساسية هي: الحاجة للارتباط، الحاجة للنمو، الحاجة للانتماء، الحاجة للهوية، الحاجة للإثارة، الحاجة إلى معتقد يعمل كإطار للتوجيه.
- لم يبد اهتمام ببناءات الشخصية الفرويدية.
- اهتم بأثر الخبرات اللاشعورية، وذهب إلى أبعد مما ذهب إليه فرويد حيث يرى أن هناك لا شعورياً اجتماعياً يعمل على كبت الخبرات والرغبات غير المقبولة اجتماعياً حيث يستخدم ميكانزمات اجتماعية ثقافية تشمل اللغة والقوانين والمحرمات الاجتماعية. هذا اللاشعور يتداخل مع اللاشعور الشخصي. على أية حال فهذه الفكرة تعني إخراج فروم بفكرة الكبت من مستواها الشخصي ومن ارتباطها بالجنس والعدوان إلى المستوى الاجتماعي.
- يرفض أن يكون الإنسان سلبياً فالإنسان يكافح من أجل التخلص من عجزه أمام سيطرة المادية ومن أجل تحقيق حاجاته وذاته، وللسيطرة على مادية المجتمع وميكانيكيته الناتجة عن المادية المفرطة.

المسلمات الأساسية في نظرية فروم:

- طبيعة الحاجات الإنسانية وتشمل الحاجة إلى الارتباط والسمو والانتماء والهوية والحاجة إلى معتقد يمثل إطاراً مرجعياً للشخص.
- النمو وديناميكية الشخصية: يفسر نمو الشخصية تفسيراً تحليلياً ماركسياً حيث يرى أن الحرية المطلقة التي وفرتها الرأسمالية كوسيلة لتحقيق الذات هي الأساس في كثير من مشكلاتنا النفسية وخاصة على الأفراد من الطبقة الوسطى، إذ ألقت عليهم مسئولية كبيرة في سبيل تحقيق ذواتهم، ولهذا فإن

الحرية نفسها تصبح عبء على الفرد في الطبقة الوسطى، حيث يرى أن وجودهم في هذه الطبقة يشعرهم بأنهم أقل حظاً، مما يدفعهم للكفاح من أجل الصعود وتغيير الوضع الاجتماعي والاقتصادي وتحقيق الذات، إلا أن الجهد المبذول والمعوقات التي تزيد من احتمالات الفشل أو مواجهة الفشل نفسه يشعرهم بالعجز، مما يؤدي بدوره إلى مشاعر القلق والخوف إضافة إلى مشاعر انعدام الفائدة.

هذا يعني مزيد من الكفاح للتغلب على هذه المشاعر. هذا الكفاح قد يبقى سوياً يهدف الفرد منه في نهاية المطاف إلى تحقيق ذاته (To Be) ويكون فيه شخصية منتجة، وقد يتحول إلى كفاح عُصابي مرضي يكون هدف الفرد الأساسي فيه التملك (To Have). يرتبط ذلك بتوجه الفرد الذي يتنباه فالشخصية السوية تتبنى توجهاً منتجاً وتسلك سلوكاً اجتماعياً إنتاجياً، في حين تتبنى الشخصيات الأقل سواء توجهات أقل سواء تشمل الشخصية المتاجرة، العدوانية، وينهج في سبيل ذلك أساليب غير سوية كالعدوان أو الخضوع والمسايرة، وفي أحيان قد يقود ذلك إلى الانسحاب. هذه الاستجابات السوية أو المرضية هي نتاج إدراك الفرد للتحديات الخارجية. هذا الإدراك بطبيعة الحال هو نتاج حدة هذه التحديات مع طبيعة النمو الشخصي (المعبر عنه بأنماط الشخصية في نظرية فروم).

- أنماط الشخصية: في كفاحها من أجل تحقيق حاجاتها: الشخصية السوية التي تسعى لتحقيق حاجاتها كوسيلة لتحقيق الشخصية (وهو ما أطلق عليه To Be) أي لتكون. والشخصية غير السوية التي تسطير عليها مادية المجتمع فتتحول إلى عبد للمادة وتسعى للتملك من أجل التملك نفسه (وهو ما أطلق عليه النمط To Have) أي لتملك. كما قسم الشخصية في علاقتها الاجتماعية وتفاعلها وأداء أدوارها الاجتماعية إلى: الشخصية المنتجة، الاعتمادية، الانسحابية والعدوانية والمتاجرة.

هاري ستاك سوليفان : Harry stack Sullivan

هناك بعض الأحداث المهمة في سيرة سوليفان والتي يبدو أنها أثرت في بناء نظريته، أهمها:

١- العلاقة المنفصمة مع الوالد رغم أنه لم يكن قاسياً. يقول سوليفان أنه وصل إلى سن الرشد وهو يلاقي مصاعب في الحديث بحرية مع والده.
٢- المراهقة الخجولة.
٣- الرفض من الرفقة لأسباب عقائدية.
٤- احتمالات الشذوذ الجنسي في مرحلة المراهقة.
٥- تعرض للفشل الدراسي في دراساته الجامعية رغم تفوقه في المرحلة الثانوية وذلك لأسباب اقتصادية في الدرجة الأولى، وحصل بعد ذلك على شهادة الطب من جامعة سيئة.

العلاقة بين فكر سوليفان وفرويد:

١- تأثر بأفكار فرويد ويونج، كما تأثر من جانب آخر بالاتجاه المعرفي في علم النفس، ولهذا فقد استدخل هذا الجانب كواحد من المتغيرات في نمو الشخصية.
٢- يتفق مع فرويد في أهمية الكبت، إلا أنه لم يفسره تفسيراً فرويدياً بمعنى نقل الخبرات من الشعور إلى اللاشعور، بل استخدم مصطلح العزل ليؤكد وحدة الشخصية وهذا يؤكد توجهه المعرفي.
٣- تأثر بفرويد وبعض المعرفيين (هناك شبه كبير بين بعض أفكاره وأفكار بياجيه) في تأكيدهم على مراحل النمو النفسي.
٤- يؤكد كما فعل غيره من علماء التحليل النفسي أهمية الطفولة.
٥- لم يحدد بناءات للشخصية كما فعل فرويد أو يونج.

٦- ركز على أهمية العلاقات الشخصية المتبادل بدءا بالعلاقة بالأم ثم المقربين فأعضاء المجتمع.

٧- تأثر في بناء نظريته ببعض خبراته الشخصية في المراهقة.

النمو المعرفي والنمو النفسي:

Cognitive Development and Psychological Development:

أعطي سوليفان أهمية كبيرة للنمو المعرفي، ويبدو أنه تأثر بأفكار علماء النفس المعرفيين من أمثال بياجيه، ويرى أنه من المتغيرات المهمة في تحديد طبيعة العلاقات المتبادلة، ومن ثم في بناء الشخصية، وقد حدد ثلاث مستويات للنمو يمكن تلخيصها في:

١- الخبرة المبكرة Prototxic ويعتمد نمو الخبرة في هذه المرحلة أو هذا الطور على الاحساسات التسلسلية Serial Sensations، ويتسم الفرد فيها بالتمركز حول الذات، وعدم القدرة على إدراك ذاته ككيان منفصل عما حوله، كما تتسم احساساته بالانفصال (الانعزال) عن بعضها، وأيضاً يتسم الفرد بعدم فهم العلاقات السببية.

٢- الخبرة التراكمية Parataxic ، ويعتمد نمو الخبرة المعرفية في هذا الطور على الاحساسات المتعاقبة Sequential Sensations، ويُقصد بها أن الفرد يدرك تعاقب الأحداث وتتابعها لكنه لا يدرك العلاقة السببية بين الأحداث والمسببة لهذا التعاقب. يدرك الفرد قدرته وإرادته، يقل تمركزه حول ذاته، يؤمن بالسببية السحرية فالإرادة هي السبب (الأشياء تحدث لأننا نريدها أن تحدث).

٣- الخبرة المنظمة Syntaxic، وتعتمد خبرة الفرد المعرفية على إدراك الفرد للعلاقات السببية بين الأحداث Causal Sensations، ينتهي تمركز الفرد حول ذاته، تستخدم اللغة للتنبؤ بالأسباب، يستطيع إدراك العلاقات

والاستمرارية بين الماضي والحاضر والمستقبل. تنعكس هذه الخبرات المنظمة على طبيعة علاقاته المتبادلة.

عملية التشخص والتجسيدات Personification:

يبدأ إدراك الفرد لذاته خلال الطفولة ومن خلال عمليات الرعاية الفسيولوجية والبدنية والتربية والتدريب والتي تقوم بها الأم لطفلها. فمن خلال تعاملها وتدريبها له يبدأ الفرد بتكوين مفاهيم تجسيدية لذاته وذلك من خلال رؤيته للأم على أنها أم جيدة أو غير جيدة في الشهور الأولى إذ لا فرق بين ذاته وذات الأم في هذه المرحلة، ثم من خلال رؤية وتقييم الأم لنتائج أفعاله، وتشمل هذه التجسيدات مايلي:

١- الذات الجيدة: ويستخدم سوليفان مصطلح Good me لذلك (لابد من إدراك الفرق هنا بين I و Me وقد استخدمت Me للتعبير عن الذات كموضوع)، وتشمل السمات المقبولة من وجهة نظر الأم وبالتالي من وجهة نظر الطفل.

٢- الذات السيئة: ويستخدم سوليفان مصطلح Bad me للإشارة إلى هذا الجزء من الذات وتشمل السمات غير المقبولة.

٣- الذات المعزولة (المنكرة)، ويستخدم سوليفان مصطلح Not me للإشارة لتلك السمات المرفوضة بشدة والتي يتم عزلها وكأنها ليست جزء من ذات الفرد. هذا العزل المعرفي يعيق ارتباطها بالخبرات أو المدركات الأخرى عن الذات.

٤- يستمر تأثير متبادل بين الفرد والآخرين مدى الحياة مما يعنى تأكيد بعض التجسيدات أو تغيرها، وقد استخدم مصطلح (Me-You) للإشارة للعلاقة بين ذات الفرد Me والآخرين You.

القلق:

١- القلق أساسي في نظرية سوليفان وينتج من الشعور بانعدام مشاعر الأمن في العلاقات الشخصية المتبادلة.

٢- يبدأ القلق مع بداية الحياة، وينتج من العلاقات الشخصية المتبادلة مع الأم في تفاعل مع القدرات المعرفية. في البداية لا تسمح قدرات الفرد المعرفية للرضيع بالتفريق بين ذاته وذات الأم، ولذا فإن قلقها أثناء الرعاية والرضاعة يعتبر قلقه، وقد عبر عن ذلك في أربعة أنماط من الأمهات مستخدماً كلمة (الحلمة Nipple) لتمثل الأم كمصدر للإشباع في هذه المرحلة وتشمل:

- الأم (الحلمة وفق مصطلح سوليفان) الجيدة المشبعة.
- الأم الجيدة غير المشبعة.
- الأم غير الجيدة المشبعة.
- الأم الشريرة (الحلمة الشريرة Evil Nipple).
- يستخدم الفرد نظام أمني Security-system (مشابه لفكرة فرويد عن ميكانزمات الدفاع، بل يمكن اعتبارها البديل المعرفي للفكرة). ويعتبر العزل والانتباه الانتقائي من أهم العمليات المستخدمة لتحقيق الأمن وخفض القلق.

ديناميكية النظام النفسي The self-System:

استخدم مصطلح الديناميكات Dynamism ليشير إلى عملية تحول الطاقة إلى سلوك سواءاً كان ظاهراً أم خفياً شعورياً أم لا شعورياً والذي يؤدي إلى إشباع الحاجة.

نظام ديناميكي من العلاقات المتبادلة وخاصة في مرحلة الطفولة. والديناميكية النفسية كما يراها تعبر عن نمط معتاد في العلاقة مع الآخرين .Habitual pattern of relation to other

١- يشمل النظام النفسي تلك التجسيدات (التشخيصات) المكونة عن الذات والتي تشمل الذات الجيدة، الذات السيئة، الذات المرفوضة.

٢- من خلال العزل يتم التكيف مع الآخرين. هذا العزل يتم من جانب بين الذات الجيدة والذات السيئة، كما يتم عزل الذات المرفوضة عنهما من جانب آخر. كما يتم في حالة الاضطراب العزل بين الأفكار وبين الانفعالات وأيضاً بينهما وهذا ما يحُدث لدى الفصاميين.

٣- تتمثل وظيفة النظام النفسي في خفض القلق الناتج عن العلاقة مع الأم في البداية ثم مع الآخرين والرغبات غير المقبولة المؤدية للقلق مستخدماً استراتيجيات النظام الأمني Security system ومن أهمها العزل والانتباه الانتقائي.

٤- تبقى العلاقات مع الآخرين مهمة حتى في مرحلة النضج، ولقد خرج بمفهوم جديد ليؤكد أهمية هذه العلاقات في تكوين شخصية الفرد وذاته وهو (أنا – أنت Me-You) حيث تتغير التجسيدات التى نضعها للآخرين أو لذواتنا وفقاً لطبيعة التفاعل، كما تختلف استجابات الأفراد أو استجاباتنا وفقاً لهذه التجسيدات.

مراحل النمو المعرفي – النفس اجتماعي لدى سوليفان:

مراحل النمو	العمر	مايقابلها من مراحل النمو الزمنية	نمو اللغة والعلاقات الشخصية المتبادلة	نمو التفكر المعرفي	خصائص النمو
الرضاعة	صفر – ١٨ شهر	الرضاعة	الميلاد – نمو اللغة	خبرات بدائية واحساسات منفصلة	بدء ظهور التجسديات الجيدة والسيئة والمنفصلة والتي تنشأ كنتيجة لطبيعة التعامل مع الأم
الطفولة	١٨ شهر – ٥ سنوات	الطفولة المبكرة	من ا اللغة إلى اللعب، الحاجة إلى رفيق لعب	خبرات حسية تراكمية متتابعة	علاقة ذاتية مع الأصدقاء، بدء انتقال الحقد والعداء الناتج عن القلق، التقليد والتصرف (كما لو كان As if)، كما لو كان الأب مثلاً

مراحل النمو	العمر	مايقابلها من مراحل النمو الزمنية	نمو اللغة والعلاقات الشخصية المتبادلة	نمو التفكر المعرفي	خصائص النمو
الصبا	٦-٩ سنوات	الطفولة المتوسطة	استخدام قواعد اللغة، الحاجة إلى صديق	خبرات تراكمية خبرات منظمة وفهم العلاقات السببية	العلاقة المتبادلة والتعاونية في اللعب الولاء الاجتماعي وظهور التكيف الاجتماعي الناتج عن المدرسة
ما قبل المراهقة -	١٠-١٢ سنة	الطفول المتأخرة وبداية المراهقة المبكرة	المصادقة الحميمة مع صديق من نفس الجنس	خبرات منظمة وفهم للعلاقات السببية	الحاجة إلى علاقة جيدة وصداقة مع نفس الجنس، تأكيد خبراته وقوتها، بدء خبرة الحب غير الأناني
المراهقة المبكرة	١٣-١٨ سنة	المراهقة المبكرة والمتوسطة	الاهتمام بالجنس الآخر	خبرات منظمة وفهم للعلاقات السببية	حاجة إلى شريك من الجنس الآخر، تصادم رغباته الجنسية مع حاجته إلى الحب والأمن والعلاقة الحميمة
المراهقة المتأخرة	١٩-٢٠ سنة	المراهقة المتأخرة	بداية العلاقات الجنسية مع الجنس الآخر، العلاقة الاجتماعية الراشدة	خبرات منظمة وفهم للعلاقات السببية	ظهور هويته العملية، النمو يبدو متأثرا بخبرات السابقة، نشوء الصداقة الراشدة، الحاجة إلى علاقة مع الجنس الآخر
الرشد	٢٠ - ...	الرشد	الحب الحقيقي	خبرات منظمة وفهم للعلاقات السببية	استمرارية النضج فيما سبق

تفسير القلق والفصام وعلاقته بطبيعة الخبرة المعرفية:

من خلال عمله لمدة طويلة مع الفصاميين توصل سوليفان إلى تفسير للقلق والفصام ينسجم مع مسلماته النظرية، حيث ينسجم تفسيره لها مع المسلمتين الأساسيتين في نظريته وهما أهمية أثر الخبرة المعرفية والعلاقات الشخصية المتبادلة. ولهذا يختلف إلى درجة كبيرة عن التفسيرات السابقة من حيث ارتباطها بدوافع محددة كالجنس أو العدوان أو من حيث ارتباطه بالخبرات اللاشعورية، حيث يرى أن القلق ينتج من طبيعة العلاقات المتبادلة وطريقة تفسير الفرد لطبيعة هذه العلاقة (الإدراك المعرفي) حيث يرى:

١- للمراحل المبكرة أهمية كبيرة.

- الطفل في مراحله الأولى لا يميز ذاته عن المحيط، ثم في مرحلة تالية لا يفرق بين ذاته أو مشاعره عن ذات الأم ومشاعرها، ولهذا فإن قلق الأم هو قلقه، ولأنه لا يقوم بأي فعل تجاه القلق فإن على الأم وهما شئ واحد القيام بذلك، أما إذا كانت قلقة أو كانت سبب في القلق فإنه لا يمكن خفض قلق الطفل إلا بانخفاض قلق الأم.
- في المرحلة الثانية تكون الخبرات تراكمية متعاقبة، إلا أنه لا يدرك العلاقة السببية بينها. قلقة يرتبط بالنتائج السلبية الحادثة دون الارتباط بالسبب، حيث تصبح النتيجة مصدراً للقلق.
- في المرحلة الثالثة يرتبط القلق بالنتائج مرتبطة بشكل واضح بالأسباب.

٢- يتم عزل الخبرات المؤلمة أو المقلقة ويبقى أثرها مستمراً، وكما هو الحال في الخبرات المكبوتة (من وجهة النظر الفرويدية) تبقى الخبرات المعزولة ذات أثر في شخصية الفرد.

٣- عندما يزداد القلق بدرجة كبيرة تظهر الأعراض الفصامية حيث تنفصل الخبرات من الوعي ومن مراقبة الذات، وهذا ما سماه بالخبرات المعزولة. هذه الخبرات أساساً تدور حول موضوع مهم لدى الشخص قبل دخول الفرد في الفصام. هذا يعنى أن الفصام يرتبط بالخبرات الماضية. إذا فهو تطور لعملية الحياة التي تتحول فيها بعض الدوافع إلى مركز اهتمام الفرد وعامل مشترك في الخبرات الاجتماعية.

ثالثاً: النظريات المعرفية:

منذ عام ١٩٦٠ بدأ التأكيد يتزايد على استخدام الأساليب والمداخل العقلية إلى دراسة الشخصية، كما ظهرت محاولات عديدة لاستخلاص أبعاد الشخصية من الفروق الفردية المتضمنة في العمليات المعرفية، ومع هذا التأكيد

على تلك العمليات أضحى العلماء يؤكدون لا على محتوى تفكير الفرد وما يفكر فيه بل على أسلوب تفكيره وكيفية حدوث هذا التفكير.

بيد أن التعامل مع الأساليب المعرفية باعتبارها خصائص مميزة للفرد تميل إلى الثبات عبر مختلف المواقف ، ومن خلال الافتراض بوجود ارتباط وثيق بين تلك الأساليب والجوانب الأخرى من سلوك الفرد وخبرته فإنه يمكننا القول بأنها نظريات للشخصية على الأصح لا نظريات في الإدراك .

ومن الأمثلة التي توضح هذا الاتجاه المعرفي في تناول الشخصية بالدراسة نظريه (ويتكن) في التفريق والتمييز، ونظرية (كيلى) فى المكونات الشخصية، ونظرية (فيستنجر) فى التنافر المعرفى، وأسلوب العلاج العقلانى الانفعالى لدى (إليس) ونعرضهم فيما يلى:

(ويتكن Witkin) :

تعد نظرية وتكن في الشخصية أنموذجاً بالغ التناثر والتفرق في هذا الصدد إذا ما قورنت بالأعمال التي قدمها كل من (فرويد ويونج) وغيرهما من المنظرين الذين سبق أن عرضنا لهم في الصفحات السابقة وقد نمت نظريته من خلال ما قام به من ملاحظات للفروق الفردية بين مجموعة من الأفراد الذين كلفوا بالقيام بمهمة إدراكيه أطلق عليها اختبار (العصا والإطار) فقد أجلس كل فرد من أفراد الدراسة في غرفة مظلمة تماماً ثم طلب منه القيام بتعديل موقع عصا مضيئة لتصبح رأسية عمودية تماما عندما تحاط العصا بإطار عبارة عن مربع مضيء وبحيث يمكن إمالة العصا والإطار والمفحوص جميعا لتصبح في مواقع مستقلة عن بعضها بعضاً.

وقد افترض (ويتكن) أن الأساس الذي يقوم عليه أداء المفحوص في اختبار (العصا والإطار) يتمثل في قدرته على التغلب على المحيط الذى يطمر العناصر الأساسية فى الاختبار أي فى قدرته على تجاهل جوانب غير متصلة اتصالاً وثيقاً بحالة الاختبار بحيث تضلل المفحوص عن الأداء السليم أو قدرته

على الإقلال من التأكيد على تلك الجوانب حتى يتمكن من التركيز على الجوانب التي تمده بأساس للأداء السليم، كذلك فقد درس (ويتكن) العلاقات بين درجات المفحوصين التي حصلوا عليها في هذا الاختبار وفي اختبارين إدراكيين آخرين افترض فيهما قياس قدرة المفحوصين على التغلب على السياق الطامر أو المضلل عن الأداء السليم، وهما اختبار (تعديل البدن) الذي يتم فيه إجلاس المفحوص على كرسي في غرفة بحيث يمكن إمالة المفحوص والكرسي بصفة مستقلة أحدهما عن الآخر واختبارمعقد الأشكال المطمورة الذي يشتمل على شكل بسيط مخفي في شكل هندسي معقد.

وتدور نظرية (ويتكن) فى الشخصية حول "التمييز أو التفريق" كمفهوم أساسي، وهناك ارتباط واضح بين مفهوم التمييز أو التفريق والقدرة على تمييز الخط الرأسي الحقيقى أو تمييز رقم مطمور فى خلفية غامضة مشوشة ولكن الارتباط فى هذه النظرية يشير إلى تعقد التنظيم البنائى، فالنمو النفسي مثلاً يصحبه تمييز وقد افترض (ويتكن) أن درجة التمييز التى ينجزها فرد ما سوف تنعكس فى طائفة منوعة من الأنماط السلوكية وأن مؤشرات التمييز المستخلصة من أنماط سلوكية مختلفة سوف ترتبط بعضها ببعض ارتباطا إيجابياً ومهما كان الأمر، فإن مدى قيام (ويتكن) بقياس أي شيء آخر غير الذكاء ما زال موضع نقاش وتساؤل .

كيلي: (١٩٠٥ – ١٩١٦٧):

طرح (كيلي) رأياً مفاده أن الشخص يتفاعل مع عالمه المحيط به بالطريقة ذاتها التى يتفاعل بها العالم، حيث يقوم بوضع الفروض واختبارها لان كل فرد يقوم بتفسير خبرته على نحو مختلف عن غيره فانه أشار لان كل فرد يقوم بتفسير خبرته على نحو مختلف من غيره فقد أشار إلى نظرية كيلي باعتبارها نظرية التكوين ويعد تصور كيلي لمفهوم القلق والتهديد من أكثر ما تتميز به نظريته من خصائص ذات دلاله مهمة بالنسبة لعلم النفس المرضي.

وفي الصياغات التقليدية يقوم علماء الشخصية غالبا بربط بين القلق والتهديد مما كمفهومين متناميين فالقلق هو ما يعنيه الفرد استجابة لوضع بيئي مهدد انه إشارة شيئان مختلفان كل الاختلاف .

ويرى كيلي أن الشخص يعاني من القلق إذا لم يمده جهازه التكويني بوسيلة يتعامل معها خبرة من الخبيرات أو حين يعجز عن تسمية خبره ما أو إحلالها داخل الجهاز وعلى العكس من ذلك فان الشخص يأتي من تهديد ما حين يشعر بيان التغير أساسي على وشك الحدوث في جهازه التكويني فإذا كان التغير بالغ العمق وإذا ما جوبهت تكوينات أساسيه عديدة متكاثرة بالتحدي فإذا كان المتغير بالغ العمق والقوه وإذا جوبهت تكوينات أساسيه عديدة متكاثرة بالتحدي فان ذلك قد يفضي بالشخص إلى الانتحار وطبقا لوجهة تنظر هذه فان التهديد حالة داخليه كالقلق ولا يمكن لمن يعاني منه أن يلقي باللوم على احد آخر فسيطرة المرء على حياته ومصيره يعد أمرا شخصيا ، وقد صور كيلي مفهوم الألم أو الذنب بطريقة متشابهه مع فبمجرد تحديد الفرد لموقع سلوكه داخل هذا الجهاز فانه يستطيع تحديد ذاته وهويته الشخصية بأنه أمين مستقيم يؤدي عمله بحماس وإصرار ....الخ ولكن سلوك المرء قد لا يتسق في بعض الأحيان مع الجهاز التكويني وطبقا لكيلي فان من يعانون من شعور بالألم دائما ما يكونون بين سلوكهم وجهازهم التكويني من فجوه وتناقص وهو ما أشار إليه كيلي على انه خبره موهنه مضعفه للذات .

البرت إليس :

أولاً: فلسفة النظرية وتصوراتها:

يرى إلبرت إيليس أن النظرية تقوم على بعض التصورات والفروض المتعلقة بطبيعة الإنسان وطبيعة التعاسة والاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها ومن هذه التصورات والفروض ما يلي:

١- أن الإنسان كائن عاقل يملك حرية التفكير فمتى بدأ يفكر بطريقة عقلانية صحيحة يصبح ذا فاعلية أكثر ويشعر بالسعادة والكفاءة.

٢- أن الاضطرابات الانفعالية والنفسية هي نتيجة للتفكير غير المنطقي، وأن التفكير والانفعال ليسا منفصلين عن بعض بل يصاحب كل منهما الآخر، وأن حقيقة الانفعال هو تفكير غير عقلاني متحيز.

٣- يرجع التفكير غير العقلاني في أصله ونشأته إلى التعلم المبكر غير المنطقي، فالفرد لديه استعداد لذلك التعلم وأنه يكتسبه من والديه بصفة خاصة ومن المجتمع الذي يعيش فيه بوجه عام.

٤- أن الإنسان كائن ناطق وعادة ما يتم التفكير من خلال الكلمات التي يستخدمها الشخص في الحديث الداخلي (حديثه مع نفسه) وبما أن التفكير يصاحب الانفعال فإن التفكير غير المنطقي سيستمر إذا استمر الاضطراب الانفعالي ويبقى الشخص المضطرب على اضطرابه بسبب الكلام الداخلي والأفكار الغير منطقية.

٥- أن استمرار الاضطراب الانفعالي نتيجة لحديث الذات لا يتقرر بفعل الظروف والأحداث التي تحيط بالشخص فقط (الأحداث الخارجية) وإنما يتحدد أيضاً من خلال إدراك الفرد لهذه الأحداث واتجاهاته نحوها.

٦- ينبغي مهاجمة الأفكار غير العقلانية والانفعالات السلبية وذلك بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الشخص منطقياً وعقلانياً.

ويرى إليس أن هناك إحدى عشرة فكرة أو قيمة عقلانية وغير منطقية في المجتمع الغربي تؤدي إلى انتشار الاضطراب الانفعالي والنفسي وقد أيدته على ذلك كثير من الدراسات وهذه الأفكار هي:

١- أنه من الضروري أن يكون الشخص محبوباً أو مرضياً عنه من كل المحيطين به.

نعم إنه شئ جميل أن يكون الشخص محبوباً من الجميع وأن ما يقوم به من أعمال تكون مرضية لمن حوله، ولكنه من الصعوبة بل من المستحيل أن ترضى جميع الناس أو أن تكون جميع أعمالك تنال استحسانهم.

٢- **يجب على الفرد أن يكون على درجة عالية من الكفاءة والمنافسة وأن ينجز ما يمكن أن يعتبر نفسه بسببه ذا قيمة وأهمية.**

إن هذه الأمور التي يصعب تحقيقها، وإذا أصر عليها فإنه قد يؤدي به إلى شعوره بالعجز والفشل إذا لم يتحقق ذلك وبالتالي فقدانه ثقته بنفسه.

٣- **بعض الناس شر وأذى وعلى درجة عالية من الخسة والجبن والنذالة وهم لذلك يستحقون العقاب والتوبيخ.**

إن النظر إلى أعمال الآخرين والحكم عليها مباشرة دون مراعاة الظروف التي دعتهم إلى هذا السلوك فيه ظلم وجور عليهم، لأنهم قد أدوها بخطأ أو جهل أو دون قصد أذية أحد أو بسبب الغباء أو نقص في الذكاء أو غير ذلك، فعقابهم أو توبيخهم لا يقلل الغباء ولا يزيد الذكاء.

٤- **أنه من المصائب الفادحة أن تسير الأمور بعكس ما يتمنى الفرد.**

من الطبيعي أن لا تسير الأمور كما يريد الشخص لأن هناك عوامل خارجة عن إرادته تغير ما كان يأمله، ولذا فيجب عليه أن يتكيف معها إن لم يحصل ما يتمناه وأن لا يتصورها على أنها كارثة أو مصيبة لأن ذلك لن يغير من الموقف بل قد يزيده سوءً.

٥- **إن المصائب والتعاسة تعود أسبابها إلى الظروف الخارجية التي لا يستطيع الفرد التحكم فيها.**

إن ما يعاني منه الشخص من تعاسة أو اضطرابات تجاه الأحداث الخارجية راجع في المقام الأول إلى وجهة نظره واتجاهاته وردة الفعل التي يبالغ فيها تجاه الحدث الخارجي ويضخم تصور الأحداث ونتائجها.

٦- الأشياء الخطرة أو المخيفة هي أسباب الهم الكبير والانشغال الدائم للفكر وينبغى أن يتوقعها الفرد دائماً وأن يكون على أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها.

إن الشخص العاقل يدرك أن الأحداث الخطرة الممكن حدوثها لا ينبغي توقعها بصورة تورث الهم والقلق لأن ذلك لا يمنع وقوعها بل قد يزيد من شدة وقوعها، وقد يكون تأثير القلق أخطر من تأثير الأحداث نفسها إذا وقعت.

٧- الأسهل للفرد أن يتجنب بعض المسؤوليات وأن يتحاشى مواجهة الصعوبات بدلاً من مواجهتها.

إن الهرب من تحمل المسؤوليات أو مواجهة المشكلات لا يقدم حلاً لها بل قد يزيد من صعوبتها، وقد يؤدي إلى مشكلات نفسية مثل الشعور بعدم الرضا عن الذات وعن الثقة بالنفس.

٨- يجب أن يعتمد الشخص على آخرين ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه لكي يعتمد عليه.

من الطبيعي أن يعتمد بعضنا على بعض في إنجاز ما لم نستطع إنجازه، ولكن ليس بالدرجة المبالغ فيها وليس من الضروري أن يكون هناك من نعتمد عليه في إنجاز مهماتنا أو اتخاذ القرارات الخاصة بنا لأن ذلك يؤدي إلى فقدان الثقة بالنفس والإتكالية على الآخرين في تيسير أمورنا مما يجعلنا تحت رحمتهم وبالتالي يفقدنا الأمن والاستقرار النفسي.

٩- إن الخبرات والأحداث المتصلة بالماضي هي المحددات الأساسية للسلوك في الوقت الحاضر وأن تأثير الماضي لا يمكن استبعاده.

يعتبر الماضي جزء مهم في حياتنا إذا اعتبرناه مستودع للخبرات التي نستفيد منها في وقتنا الحاضر والمستقبل، وأن السلوك الحاضر يختلف عن السلوك في الماضي ولذا فإن لكل من الحاضر والماضي ظروفه المؤثرة

فيه، وعلى ذلك لا يمكن التسليم بهذه الفكرة لأنها تؤدي إلى تجنب تغيير السلوك كنوع من التبرير أو الهرب من مسؤولية تغيير السلوك.

١٠- ينبغي أن يحزن الفرد لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات.

عندما يكون الشخص مضطرباً أو لديه مشكلة لم يجد لها حل فإنه بحاجة إلى من يساعده في التفكير السليم ومناقشة الحلول الممكنة لهذه المشكلة، فإذا ما حزن الفرد لمشاكل الآخرين واضطراباتهم فإنه بلا شك لن يقدم لهم المساعدة بحزنه بل سيكون سلبياً وعبئاً عليهم. كما أن الشخص عندما يكون مهتماً بمشاكل الآخرين والحزن لها، فإن هذا الاهتمام قد يؤدي إلى إهماله لمشاكله الخاصة والعمل على حلها.

١١- هناك دائماً حل صحيح لكل مشكلة والاعتقاد بوجوده يؤدي عادة إلى القلق والاضطراب والتردد بين عدة حلول أخرى، كما أن الإصرار على ذلك يؤدي إلى حلول أضعف مما يمكن أن تكون.

إن مثل هذه الأفكار الغير عقلانية تكاد تكون عامة، وعندما يتم تقبلها وتدعيمها عن طريق التلقين الذاتي تؤدي إلى القلق والاضطراب النفسي لأنه لا يمكن العيش معها بسلام.

ثانياً: تفسير الاضطرابات والمشكلات النفسية:

يرى إيلس أن حقيقة ما يعاني منه الشخص من اضطرابات نفسية وانفعالية لا يكون بالضرورة سببها الأحداث المباشرة التي تقع في البيئة الخارجية للشخص - وإن كان الشخص يعتقد ذلك - وإنما ترجع إلى أفكار ذلك الشخص تجاه الحدث، ولذلك فإن إيليس قد حدد العناصر الأساسية لنظريته في النموذج الذي أسماه A B C على النحو التالي:

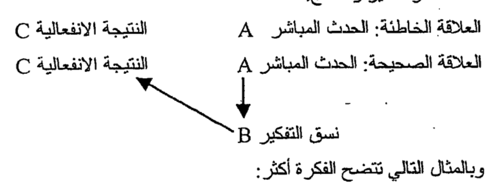
الحدث الذي يؤثر في الشخص: ويرمز له A (ACTIVATING) وهو غالباً يمثل المواقف التي تظهر فيها المشكلة النفسية أو القلق، وهذه الأحداث إما

أن تكون داخلية مثل الأفكار والمشاعر أو خارجية مثل المواقف التي يتعرض لها الفرد في البيئة.

الاعتقادات والأفكار التي تتطور لدى الإنسان حول ذلك الحدث: ويرمز لها B (BELIEF) وتلك الأفكار إما أن تكون جامدة ويطلق عليها الأفكار غير العقلانية أو مرنة ويطلق عليها الأفكار العقلانية، والأفكار غير العقلانية عادة تكون عبارات لغوية مثل (يجب، لا بد، يًنبغي ...) وفي هذه الحالة إذا آمن الفرد بها فإن تفكيره غير العقلاني سوف يكون هو السائد مثل (يجب أن يحبنى الناس ...)، (يجب أن أحصل على تقدير ممتاز ...) حيث أن أصحاب هذه الأفكار الجامدة يستنتجون أفكار غير عقلانية أيضاً.

النتيجة الانفعالية التي تنجم عن الاعتقادات والأفكار: ويرمز لها C (CONSEQUENCE) وهي السلوك النهائي أو النتيجة الانفعالية النهائية لمعتقدات الفرد بخصوص الحدث A، وكما هو معروف أن الذي يوضح لنا النتائج الانفعالية التي تنشأ من الأفكار الجامدة غير العقلانية ليس الحدث بحد ذاته، ولكنه معتقدات الناس وأفكارهم نحو ذلك الحدث. والمعتقدات الجامدة غير العقلانية تسبب الاضطرابات وتسمى بالنتائج السلبية، أما الأفكار المرنة العقلانية فهي التي لا تحدث بسببها الاضطرابات حتى ولو كانت النتائج غير مناسبة.

وبالرسم التوضيحي التالي تتبين العلاقة الخاطئة والصحيحة بين الأحداث والتفكير والنتائج:



وبالمثال التالي تتضح الفكرة أكثر:

A – الحادث النشط

(الاختبارات)

B – الأفكار المرتبطة بالحادث

الشخص الأول	الشخص الثاني
(لديه أفكار منطقية)	(لديه أفكار غير منطقية)
- الاختبار مقياس للتحصيل الدراسي	- لابد أن أنجح فى الاختبار
- الاختبار فرصة للحصول على معدل مرتفع	- يجب أن أحصل على معدل مرتفع
- الرسوب أمر محتمل ولكنه ليس نهاية كل شئ	- إذا لم أنجح فأنا إنسان فاشل

C- النتائج المترتبة على B بخصوص A

نتائج انفعالية مرغوبة	نتائج انفعالية غير مرغوبة
- المذاكرة بدون توتر أو قلق	- القلق الشديد كلما اقترب موعد الاختبار
- الهدوء والراحة النفسية	- العصبية والغضب لأي سبب بسيط
- التركيز أثناء الاختبار	- عدم القدرة على التركيز أثناء الاختبار
نتائج سلوكية مناسبة	**نتائج سلوكية غير مناسبة**
- تنظيم وقت المذاكرة قبل الاختبار	- برودة الأطراف أثناء الاختبار
- إعطاء الجسم كفايته من النوم	- جفاف الحلق أثناء الاختبار
- الاهتمام بالوجبات الغذائية	- كثرة حركة اليدين وفرقعة الأصابع
- أداء الاختبار بهدوء وبدون قلق	- البكاء قبل الاختبار أو أثنائه
	- فقدان الشهية للأكل

ثالثاً: دور المعالج العلاجي الانفعالي:

يتلخص دور المرشد الطلابي في مساعدة المسترشد على التخلص من الأفكار غير العقلانية واستبدالها بأفكار واتجاهات عقلانية، وذلك بأن يثبت للمسترشد أنه غير منطقي ثم يساعده على أن يفهم لماذا هو غير منطقي من خلال توضيح العلاقة بين الأفكار غير المنطقية والاضطراب الانفعالي الذي يعاني منه، ويبين له أيضاً أنه سيستمر في اضطرابه الانفعالي ما دام مستمراً في تفكيره غير المنطقي وأن استمرار اضطراباته راجع إلى أفكاره غير المنطقية وليس الأحداث التي وقعت في البيئة الخارجية، كما يعمل المرشد

الطلابي قدر المستطاع على أن يجعل المسترشد يغير تفكيره ويترك الأفكار غير المنطقية، كما أن المرشد يعلم المسترشد فلسفة جديدة يواجه بها الحياة حتى لا يكون ضحية لأفكار غير منطقية مرة أخرى.

خطوات العلاج العقلاني:

١- الإقناع اللفظي الذي يهدف إلى إقناع المسترشد بمنطق العلاج العقلاني.
٢- التعرف على الأفكار غير العقلانية التي لدى المسترشد.
٣- تحديات مباشرة للأفكار غير العقلانية مع إعادة التفسير العقلاني للأحداث.
٤- تكرار المقولات الذاتية بحيث تحل محل التفسيرات غير العقلانية.
٥- واجبات سلوكية معدة لتكوين الاستجابات العقلانية لتحل محل الاستجابات غير العقلانية التي كانت سبباً في حدوث الاضطراب النفسي.

رابعاً: الأساليب العلاجية السلوكية المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي:

١- واجبات منزلية يكلف بها المسترشد.

حيث تعتبر هذه الواجبات ركناً أساسياً في العملية العلاجية، حيث أن المسترشدين الذين يزاولون ويطبقون ما تعلموه أثناء الجلسات الإرشادية في حياتهم اليومية أو تفاعلهم مع الحياة الاجتماعية سوف يجعلهم أكثر خبرة واستفادة من الذين لا يطبقون ما تعلموه. حيث تشير الأبحاث التي قام بها إلبرت إيليس وبيرسونز وزملائهم إلى أن المسترشدين الذين يؤدون واجباتهم المنزلية في أساليب العلاج العقلاني الانفعالي يحصلون على نتائج علاجية متميزة عن أولئك الذين يهملون واجباتهم ولا يؤدونها.

وهذه الواجبات المنزلية مثل:

أ- مواجهة بعض المواقف التي لا يستطيع المسترشد مواجهتها وأنه يشعر بالحرج أو الخجل منها وتطبيق ما تعلمه من المرشد تجاه هذه المواقف.

ب- تكليف المسترشد بقراءة كتاب أو موضوع تجاه الحدث الذي أثار سلوكه أو قلقه أو مخاوفه ليكون لديه الاستبصار المعرفي بحقيقة الحدث المثير ومدى انحراف أفكاره عن الطريقة العقلانية في تناول الحدث.

ج- التعرف على الأفكار غير العقلانية وغير المنطقية وتدوينها.

٢- أساليب التشتت البدنى أو الاسترخاء العضلي:

وذلك إذا شعر المسترشد بورود الأفكار إليه يلجأ إلى ممارسة الرياضة أو أي مجهود بدني بحيث يتجه تركيزه إلى العمل البدني بدلاً من الأفكار. أو يمارس عملية الاسترخاء كما في أسلوب التخلص المنظم من الحساسية (التحصين التدريجى) فى النظرية السلوكية.

٣- استخدام أساليب الإشراط الإجرائي في النظرية السلوكية مثل التعزيز والعقاب والتشكيل والتلقين وغيرها.

٤- أسلوب التخيل العقلاني الانفعالي.

وفى هذا النوع من الأساليب العلاجية يطلب من المسترشد أن يتخيل نفسه في موقف غير سار ومزعج بالنسبة له، كأن يتخيل الطالب مثلاً أنه في قاعة الاختبار ومن ثم يطلب منه أن يتخيل نفسه وقد تغير انفعاله وشعوره بالقلق والرهبة إلى انفعال أقل منه درجة، مثل تغير القلق الشديد إلى مجرد خوف بسيط يمكنه التغلب عليه، ومن ثم يسأل المعالج الفرد في كل مرة عن شعوره بعد تغير أفكاره، ثم يطلب منه أن يحدث نفسه ببعض الجمل والعبارات التي تخفف من شدة الانفعال مثل (إن هذا الاختبار لن يكون سيئاً إن شاء الله فقد بذلت فيه جهداً) ونحو ذلك. وبهذا يكون الفرد قد عرف الطريقة التي بواسطتها يستطيع أن يغير بها من مشاعره، ثم يكلفه المرشد بتنفيذ هذه الطريقة فترة من الزمن حتى يتقنها. وهكذا يمارس هذه الطريقة كلما هاجمته الأفكار غير العقلانية في أي شأن من شئون حياته،

حيث يزاول الاسترخاء البدني ومن ثم يتخيل المواقف التي يريد أن يضعفها أو يقلل من درجتها.

إبراهام ماسلو :

قام عالم النفس الأمريكي إبراهام ماسلو بصياغة نظرية فريدة ومتميزة في علم النفس ركز فيها بشكل أساسي على الجوانب الدافعية للشخصية الإنسانية. حيث قدم ماسلو نظريته في الدافعيَّة الإنسانية Human motivation حاول فيها أن يصيغ نسقاً مترابطاً يفسر من خلاله طبيعة الدوافع أو الحاجات التى تحرك السلوك الإنساني وتشكله.

في هذه النظرية يفترض ماسلو أن الحاجات أو الدوافع الإنسانية تنتظم في تدرج أو نظام نظام متصاعد Hierarchy من حيث الأولوية أو شدة التأثير Prepotency ، فعندما تشبع الحاجات الأكثر أولوية أو الأعظم قوة وإلحاحاً فإن الحاجات التالية في التدرج الهرمى تبرز وتطلب الإشباع هي الأخرى وعندما تشبع نكون قد صعدنا درجة أعلى على سلم الدوافع ... وهكذا حتى نصل إلى قمته، هذه الحاجات والدوافع وفقاً لأولوياتها في النظام المتصاعد كما وصفه ماسلو هي كما يلي:

١- **الحاجات الفسيولوجية Physiological needs**. مثل الجوع، والعطش، وتجنب الألم، والجنس... إلى آخره من الحاجات التي تخدم البقاء البيولوجي بشكل مباشر.

٢- **حاجات الأمان Safety needs**. وتشمل مجموعة من الحاجات المتصلة بالحفاظ على الحالة الراهنة، وضمان نوع من النظام والأمان المادي والمعنوي مثل الحاجة إلى الإحساس بالأمن، والثبات، والنظام، والحماية، والاعتماد على مصدر مشبع للحاجات، وضغط مثل هذه الحاجات يمكن أن يتبدى في شكل مخاوف مثل الخوف من المجهول، من الغموض، من الفوضى واختلاط الأمور أو الخوف من فقدان التحكم في الظروف المحيطة.

وماسلو يرى أن هناك ميلاً عاماً إلى المبالغة في تقدير هذه الحاجات، وأن النسبة الغالبة من الناس يبدو أنهم غير قادرين على تجاوز هذا المستوى من الحاجات والدوافع.

٣- **حاجات الحب والانتماء Love & Belonging needs**: وتشمل مجموعة من الحاجات ذات التوجه الاجتماعي مثل الحاجة إلى علاقة حميمة مع شخص آخر الحاجة إلى أن يكون الإنسان عضواً في جماعة منظمة، الحاجة إلى بيئة أو إطار اجتماعي يحس فيه الإنسان بالألفة مثل العائلة أو الحي أو الأشكال المختلفة من الأنظمة والنشاطات الاجتماعية:

أ- **المستوى الأدنى أو مستوى الحب الناشئ عن النقص Deficit or D-love** وفيه يبحث الإنسان عن صحبة أو علاقة تخلصه من توتر الوحدة وتساهم في إشباع حاجاته الأساسية الأخرى مثل الراحة والأمان والجنس ... الخ.

ب- **المستوى الأعلى أو مستوى الكينونة Being or B-love**: وفيه يقيم الإنسان علاقة خالصة مع آخر كشخص مستقل، كوجود آخر يحبه لذاته دون رغبة في استعماله أو تغييره لصالح احتياجاته هو.

٤- **حاجات التقدير Esteem neess**: هذا النوع من الحاجات كما يراه ماسلو له جانبان:

أ- جانب متعلق باحترام النفس أو الإحساس الداخلي بالقيمة الذاتية.

ب- والآخر متعلق بالحاجة إلى اكتساب الاحترام والتقدير من الخارج، ويشمل الحاجة إلى اكتساب احترام الآخرين، السمعة الحسنة، النجاح والوضع الاجتماعى المرموق، الشهرة، المجد .. الخ.

وماسلو يرى أنه بتطور السن والنضج الشخصي يصبح الجانب الأول أكثر قيمة وأهمية للإنسان من الجانب الثاني.

٥- **حاجات تحقيق الذات Delf-actualization والحاجات العليا Metaneeds:**

تحت عنوان تحقيق الذات يصف ماسلو مجموعة من الحاجات أو الدوافع العليا التي لا يصل إليها الإنسان إلا بعد تحقيق إشباع كاف لما يسبقها من الحاجات الأدنى، وتحقيق الذات هنا يشير إلى حاجة الإنسان إلى استخدام كل قدراته ومواهبه وتحقيق كل إمكاناته الكامنة وتنميتها إلى أقصى مدى يمكن أن تصل إليه. وهذا التحقيق للذات لا يجب أن يفهم في حدود الحاجة إلى تحقيق أقصى قدرة أو مهارة أو نجاح بالمعنى الشخصي المحدود، وإنما هو يشمل تحقيق حاجة الذات إلى السعي نحو قيم وغايات عليا مثل الكشف عن الحقيقة، وخلق الجمال، وتحقيق النظام، وتأكيد العدل ... الخ، مثل هذه القيم والغايات تمثل في رأي ماسلو حاجات أو دوافع أصيلة وكامنة فى الإنسان بشكل طبيعي مثلها في ذلك مثل الحاجات الأدنى إلى الطعام، والأمان، والحب، والتقدير، هي جزء لا يتجزأ من الإمكانات الكامنة في الشخصية الإنسانية والتي تلح من أجل أن تتحقق لكي يصل الإنسان إلى مرتبة تحقيق ذاته والوفاء بكل دوافعها أو حاجاتها.

وسوف يُكتفى بهذا القدر من الحديث عن تحقيق الذات هنا حيث أن هذا الجانب من نظرية ماسلو سوف يحظى بتفصيل أكبر فيما يلي نظراً لأنه يمثل أبرز إضافات هذا العالم.

بعد تحقيق الذات يتبقى نوعان من الحاجات أو الدوافع هما الحاجات المعرفية والحاجات الجمالية ورغم تأكيد ماسلو على وجود أهمية هذين النوعين ضمن نسق الحاجات الإنسانية إلا أنه فيما يبدو لم يحدد لهما موضعاً واضحاً فى نظامه المتصاعد:

١- **الحاجات الجمالية Aesthetic needs**: وهذه تشمل فيما تشمل عدم احتمال الاضطراب والفوضى والقبح والميل إلى النظام، والتناسق، والحاجة إلى إزالة التوتر الناشئ عن عدم الاكتمال في عمل ما أو نسق ما.

٢- **الحاجات المعرفية Cognitive needs**: وتشمل الحاجة إلى الاستكشاف والمعرفة والفهم، وقد أكد ماسلو على أهميتها في الإنسان بل أيضاً في الحيوان، وهي فى تصوره تأخذ أشكالاً متدرجة، تبدأ فى المستويات الأدنى بالحاجة إلى معرفة العالم واستكشافه بما يتسق مع إشباع الحاجات الأخرى ثم تتدرج حتى تصل إلى نوع من الحاجة إلى وضع الأحداث في نسق نظري مفهوم، أو خلق نظام معرفي يفسر العالم والوجود، وهي فى المستويات الأعلى تصبح قيمة يسعى الإنسان إليها لذاتها بصرف النظر عن علاقتها بإشباع الحاجات الأدنى.

تحقيق الذات أو مرحلة الدوافع العليا:

يعد هذا الجانب أهم ما تنفرد به نظرية ماسلو، إذ أنه حاول فيه أن يدرس ويفهم الشخصية الإنسانية من خلال الصحة، من خلال حالات اكتمالها وتفوقها وليس من خلال حالات مرضها وضعفها أو تفككها، وهو مدخل معاكس لما هو سائد لدى الغالبية العظمى من علماء النفس وأصحاب نظريات الشخصية.

من أجل تحقيق هذا الهدف قام ماسلو ببحث متعمق وشامل لمجموعة من الأشخاص الذين تمكنوا من تحقيق ذواتهم، أو حققوا إمكاناتهم إلى أقصى مداها، ويمكن اعتبارهم ضمن قمة هرم التطور والنمو والاكتمال الإنساني. وقد شملت المجموعة بعض معاصريه من أمثال أينشتين وروزفلت وألبرت شفيترز، بالإضافة إلى شخصيات تاريخية مثل لينكولن، وجيفرسون وبيتهوفن، وكان المنهج الذي اتبعه في هذه الدراسة منهجاً إكلينيكياً أو بتعبير أدق منهجاً فنومنولوجيا، استخدم فيه المقابلات الإكلينيكية، وملاحظات السلوك، ودراسة السير أو السير الذاتية ... الخ.

من خلال هذه الدراسة أمكن لماسلو تحديد عدد من الخصائص أو السمات التي رأى أنها تميز أولئك الذين وصلوا إلى مرحلة تحقيق الذات، وهذه السمات كما وصفها ماسلو يمكن إيجازها فيما يلي:

١- الإتجاه الواقعي، أو الإدراك السليم للواقع والعلاقة المناسبة معه: فمثل هؤلاء الأشخاص يتميزون بالقدرة على الحكم الدقيق على الواقع والتنبؤ بأحداثه، ليس نتيجة لحدس فائق أو قدرات خارقة، وإنما لقدرتهم على رؤية وإدراك الأشياء كما هي، دون أحكام مسبقة أو أهواء وتعصبات أو شوائب ذاتية، كما يشمل هذا أيضاً قدرتهم العالية على تحمل الغموض، وعدم الوضوح أو التجديد، وقد اعتبر ماسلو أن هذه السمة تمثل نوعاً من القدرة المعرفية الموضوعية أطلق عليها اسم معرفة مرحلة الكينونة.

٢- القدرة على تقبل النفس والآخرين والعالم الطبيعي كما هم.

٣- التلقائية والبساطة والطبيعية: فهم لا يخافون أن يكونوا أنفسهم، ويثقون في مشاعرهم وسلوكهم تجاه الآخرين.

٤- القدرة على التمركز حول المشاكل بدلاً من التمركز حول أنفسهم فهم مدفوعون بإحساس غامر بالرسالة في عملهم يمكنهم من التركيز على المشاكل بانفصال عن ذواتهم (بالمعنى السلبي والمعوق لما هو ذاتي).

٥- الحاجة إلى الخصوصية: ونوع من الانفصال عن الآخرين فهم يتحملون بل ويرغبون في نوع من الوحدة التي تجعلهم يعرفون المزيد عن أنفسهم وفي اتصال قريب معها. كما يتميزون بأنه ليس لهم علاقات ملتصقة بشكل اعتمادى على الآخرين.

٦- الاستقلال عن الآخرين Independence والتوجه الذاتي Autonomy، ونوع من الاكتفاء بالذات Self-sufficiency.

٧- الاحتفاظ بالقدرة على الدهشة ورؤية الأشياء بعين جديدة: فهم لا يستسلمون للعادة، ولا يأخذون الأمور كمسلمات مهما طال احتكاكهم بها، وإنما تظل رؤيتهم وتقديرهم للأفراد والأشياء في تجدد مستمر دون نمطية جامدة.

٨- القدرة على التعاطف والتوحد بالآخرين، أو بالبشرية كلها.

٩- القدرة على تكوين علاقات بين شخصية عميقة وقوية: وهم عادة يميلون إلى تكوين مثل هذه العلاقات القوية والعميقة مع أشخاص قليلين، منهم إلى تكوين علاقات معرفة واسعة وسطحية.

١٠- الاتجاهات والقيم الديمقراطية: وهذا يشمل قدرتهم على احتمال وقبول الاختلافات الدينية والعرقية والطبقية واختلافات السن والمهنة ... الخ، بالإضافة إلى الاحترام الحقيقي للرأي الآخر، والإيمان بأهمية تفاعل مختلف الآراء من أجل الحقيقة.

١١- هم رجال مبادئ: ذوو عقيدة إنسانية شاملة تتجاوز فروق الأديان التقليدية.

١٢- روح المرح لديهم ذات طابع فلسفي وليست ذات طابع عدواني.

١٣- القدرة الإبداعية والولع الشديد بالخلق والابتكار.

١٤- تجاوز فروق الثقافات ومقاومة الخضوع والتقولب في حدود الثقافة السائدة.

وبالرغم من أن محققي ذواتهم لا يميلون إلى خرق الأعراف والتقاليد بشكل راديكالي، إلا أنهم لا ينساقون انسياق القطيع ورا ء ماتفرضه أي ثقافة وإنما يختارون قيمهم واتجاهاتهم بشكل ناضح وحر، ويحاولون بهدوء وبشكل غير درامي أن يغيروا ما يرفضونه مما تعارف الناس عليه وتقولبوا فيه.

١٥- تماسك وتكامل الشخصية دون انشقاق Dissociation أو تفكك Fragmentation.

١٦- القدرة على تجاوز الاستقطاب الثنائي Dichotomy للقضايا.

أن الأمور بالنسبة لمن حققوا ذواتهم لا تتمثل في أقطاب ثنائية متناقضة في صورة "أما" ، "أو" خير أو شر، مادية أو مثالية، روح أو جسد ...الخ (وإنما لديهم القدرة على تجاوز هذا الاستقطاب إلى المستوى الولائي الذي يجمع النقائض في حقيقة واحدة. وهذا لا ينطبق فحسب على

مواقفهم من القضايا، وإنما يتمثل أيضاً في سلوكهم الذي يعيشونه، فهم على سبيل المثال لا يفصلون الحياة إلى عمل وجد في مقابل ترويح ولعب، وإنما يمتزج الأثنان في صيغة يكون العمل بالنسبة لهم فيها ترويح، والترويح نشاطاً جاداً هادفاً، كل ذلك افتعال أو اصطناع.

١٧- خبرات القمة Peak experiences: هذه السمة تحتاج إلى وقفة خاصة أطول من ساقيها، لقد وجد ماسلو أن معظم من شملهم بحثه يشتركون في وصف نوع خاص من الخبرات أسماها هو " بخبرة القمة"، وهذا لا يعني أن هذا النوع من الخبرات يعد اكتشافاً جديداً، وإنما هو شئ عرف منذ قديم وسمي بأسماء متباينة مثل الخبرات الصوفية Mystic experiences أو خبرات الوعي الكوني Cosmic consciousness أو الخبرات المفارقة أو المتسامية Transcendental experiences وفضل ماسلو هنا يتمثل في إخضاعه هذه الخبرات لدراسة فينومينولوجية واسعة ومتعمقة.

هذا النوع من الخبرات يتمثل في فترات قصيرة يعيش فيها الإنسان في حالة خاصة من الوعي المتسامي أو المفارق. وهناك محاولات كثيرة لوصف هذه الحالة يرد فيها تعبيرات مثل: الإحساس بالنشوة الغامرة. الرؤية الشفافة للوجود.المعرفة الكلية.الإحساس بالتوحد مع الكون.

وفي المستويات العليا من هذه الخبرات يصل البعض إلى وصف حالات من الوجود شبه الإلهي، إلا أن الجميع يجمعون في النهاية على أنها خبرة حية يصعب إلى أبعد حد أن تجسدها الكلمات ولا يغنى في معرفتها بحق إلا المرور بها، أو كما يقول المتصوفة " من ذاق عرف".

عن هذه الخبرة يقول ماسلو: " أنها يمكن أن تكون قوية وشديدة التأثير إلى درجة تتغير بها شخصية الإنسان كلية، وإلى الأبد"، مثل هذه الخبرات رغم قصرها وعدم دوامها تعتبر بإجماع كل من مروا بها – أعلى أنواع الخبرة والوعي الإنساني، والتجسيد الحي لذروة اكتمال الإنسان وقمة وجوده.

ويبدو أن دراسة ماسلو المتعقة لمثل هذه الخبرات قد ساهمت في نوع من التغيير في نظريته، فبعد أن كان يرى أن " تحقيق الذات" هو أعلى أنواع الحاجات وأرقى مراحل النمو فإنه في مراحله الأخيرة بدأ يرى أن هناك مرحلة أو حاجة أعلى هي الحاجة إلى "تجاوز الذات Self-transcendence".

إن الصورة التي ترسمها هذه القائمة الطويلة من الخصائص والسمات بليغة بقدر كاف في تجسيدها لتلك المرحلة العليا من الدوافع الإنسانية كما وَصفها ماسلو، ولا يحتاج الأمر إلى المزيد من الشرح والتوضيح.

وقد خرج ماسلو من دراسته لهذه الصورة التي يكتمل فيها تحقيق الذات ثم تجاوزها في بعض الأحيان، خرج من هذا بتصور لما أسماه بمرحلة الكينونة Being بوصفها مرحلة التواجد في أعلى مستوى وجودي للإنسان، مرحلة تحقيق الغايات بالفعل وليس مجرد السعي من أجلها أو المكابدة في سبيلها، فيها يعيش الإنسان بالفعل قمة خبرات المعرفة، ومشاعر الحب، واكتمال السلوك، وتتحقق فيه "القيم العليا" مثل الكلية، والجمال، والتفرد، والصدق، والبساطة، والعدل، والحرية أو الاستقلال الذاتي ... الخ، وبالرغم من الندرة الشديدة في تحقيق مثل هذه المراحل العليا تحقيقاً مكتملاً، والصعوبة الشديدة التي تحف بمسيرة السعي من أجلها، فإن ماسلو قد بين من خلال بحثه ودراسته أنها كمثال لا تقع في منطقة من صنع خيال الإنسان أو أحلامه، وإنما هي واقع حقيقي يمكن أن يصل إليه البعض، مهما كان عددهم قليلاً.

كارل روجرز :

كارل روجرز ١٩٠٢-١٩٨٧ عالم نفسي أمريكي، تلقى تعليمه في جامعة وسيكنس وكلية المعلمين بجامعة كولومبيا، حيث انصب اهتمامه على علم النفس الإكلينيكي. منح درجة الماجستير بجامعة كولومبيا ١٩٢٨ والدكتوراة سنة ١٩٣١. وكان أول تعيين له بوظيفة هامة في مركز توجيه روتشستر Rochester Guidance Center بنيويوريك حيث طور مادة كتابه

عن " العلاج الإكلينيكي للطفل المشكل The Clinical Treatment of the Problem Child (1939) . وفى سنة ١٩٤٠ انتقل إلى جامعة أوهايو حيث كتب كتابه البالغ التأثير عن "الإرشاد والعلاج النفسي" Counseling and Psychotherapy الذي نشر سنة ١٩٤٢. وبعد ثلاث سنوات قبل روجرز تعيينه فى جامعة شيكاغو: حيث أصبح مديراً لمركز الإرشاد. وفى سنة ١٩٤٦ انتخب مديراً لرابطة علماء النفس الأمريكيين American Psychological Association . ونشر روجرز أعمالاً من بينها أيضاً: العلاج المتمركز حول العميل: ممارسته الجارية ومضمونه ونظريته Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implication and Theory (1951)، وعدداً من المقالات التطبيقية في المجلات العلمية).

مبادئ نظريات الذات:

تتلخص الأسس التي تعتمد عليها نظرية الإنسانية فيما يلي:

١- الكائن العضوي Organization وهو الفرد بكليته.

٢- المجال الظاهري Phenomenal وهو مجموع الخبرة.

٣- الذات وهي الجزء المتمايز من المجال الظاهري وتتكون من نمط الإدراكات والقيم الشعورية بالنسبة لـ (أنا) وضمير (المتكلم). وقد أبرز روجرز طبيعة هذه المفهومات وعلاقاتها المتداخلة، سلسلة من تسع عشر قضية، وسوف نقدم هذه القضايا والتي قدمها روجرز فى كتابه (العلاج المتمركز حول العميل (١٩٥١).

٤- من أهم أسس نظرية الذات أن العميل يجب أن يكون المحور الذي تتمركز حوله عملية التوجيه أو العلاج إذ أن هذه النظريات تقوم على الإيمان بأن العميل لديه عناصر القوة والقدرة على تقرير مصيره بنفسه وعليه أن يتحمل المسئولية التامة للقيام بذلك. والإطار المرجعي الداخلي للعميل هو الحقيقة الموضوعية التي يجب أن يتوصل إليها المعالج وذلك بمحاولة

دخول عالم العميل الخاص فإذا تم هذا تمكن المعالج من إدراك وجدانيات العميل وانفعالاته وساعده على التوصل إلى البصيرة.

٥- يجب على المعالج أن يضفي على فترة المقابلة جواً من السماحة والتقبل مما يساعد على التخفيف من خطر التهديد الذي يهدد ذات العميل. وهذا في صوره يساعد العميل على أن يتقبل نواحي في ذاته لم يكن ليتقبلها من قبل ويساعده ذلك أيضاً على التعبير عن وجدانيات كان يعجز عن التعبير عنها ويمهد تقبله لنفسه لتقبله للآخرين.

٦- إن أهم عنصر في العلاقة العلاجية هو الجانب الإنفعالي فالتشخيص والمعلومات وتاريخ حياة الفرد ليس لها أهمية الجو الذي يصبغه المعالج على العلاقة بينه وبين العميل والذي يقوم على الإخلاص والدقة والتقبل والفهم.

٧- التأكيد أن الفرد الإنساني ليس حيواناً وأنه ليس مجرد آلة إنما هو كيان كلي موحد قوي ذا إيجابية وإبداعية وطموحات في تحقيق الذات والوجود الشخصي والإنساني.

٨- الاهتمام بدراسة الإنسان وفهمه على أساس أنه كيان متكامل بدلاً من تقسيمه إلى فئات أو تقسيمه إلى وحدات نوعية تضاف إلى بعضها البعض.

٩- التأكيد على قيمة الإنسان وكرامته والعمل على تنمية قواه وإمكاناته الإيجابية يستوي في ذلك الفرد السوي وغير السوي.

١٠- الاهتمام بالخبرات الشعورية كما يعيشها الفرد ويعانيها والمعنى الذي تتخذه هذه الخبرات بالنسبة له، والتأكيد على إدراكاته لنفسه ولخبراته الشخصية وللآخرين وللمجال المحيط به كأساس لتفسير سلوكه وفهم شخصيته. هذا ويعد مفهوم الذات Self مفهوماً محوراً في معظم هذه

النظريات كما يعد تحقيق الذات وتأكيدها الدافع الرئيسي الذي يسعى الإنسان لإشباعه وهو يفوت الدوافع الفيزيولوجية.

مسلمات النظرية:

تتضمن نظرية الذات أربعة مكونات تتلخص فيما يلي:

١- **الخبرة**: يمر الإنسان في حياته بسلسلة متواصلة من الخبرات، هي كل ما يؤثر في سلوكه من محيطه أو من داخلهُ، وهذه الخبرات بعضها ينسجم مع مفهوم الذات عند الفرد ويؤدي إلى تحقيق السرور والتوافق النفسي لديه، وبعضها غير سار لأنها لا تنسجم مع مفهوم الفرد لنفسه (مفهوم الذات) ولا مع القيم الاجتماعية وبالتالي تؤدي إلى عدم الرضا وعدم التوافق.

٢- **الفرد**: يرى روجرز إن لدى كل فرد دافعاً قوياً لتحقيق ذاته، وهو في تعامله مع المحيط والواقع الذي يعيش فيه يسعى لتحقيق ذاته بكسب حب الآخرين واحترامهم وتقديرهم وقبولهم له. وخصوصاً الجماعة المرجعية أو الأشخاص المهمين في حياته من أبوين ومعلمين ومسئولين.

٣- **السلوك**: السلوك هو ما يقوم به الفرد من نشاط عقلي أو جسمي أو هما معاً من أجل إشباع حاجاته كما يدركها في الواقع. ومعظم السلوك يتفق مع مفهوم الذات والمعايير الاجتماعية وهذا يؤدي إلى التوافق النفسي عند الفرد، أما إذا تعارض سلوك الفرد مع فهمه لذاته ومع معايير مجتمعه فإنه لن يرضى عن السلوك ويلجأ إلى إنكاره ويشعر بعدم الراحة والسعادة وسوء التوافق.

وأفضل طريقة لفهم سلوك الفرد – حسب روجرز – هي الحصول على المعلومات من التقارير الذاتية التي يكتبها الفرد عن وجهة نظره هو ومن خلال خبراته وبعد فهم سلوك الفرد يمكن تعديل الخاطئ منه من خلال تغيير مفهوم الفرد عن ذاته.

٤- **المجال الظاهرياتي:** وهو المدركات الشعورية للفرد في بيئته وهو عالم الخبرة المتغير باستمرار ويتعامل الفرد مع المجال الظاهري كما يدركه هو، سواء أكان إدراكه صحيحاً أم خاطئاً، والمجال الظاهري يرتبط بالجانب الشعوري من الذات وهو يختلف عن المجال غير الظاهري الذي يرتبط بالجانب الشعوري من الذات، وهو يختلف عن المجال غير الظاهري الذي يرتبط باللاشعور والذي لا تعطيه نظريات الذات أهمية في تفسير سلوك الفرد.

فرضيات نظرية:

قدم روجرز مجموعة من الافتراضات تمثل مجتمعه نظرية متكاملة بالنسبة للشخص والسلوك، حيث تحاول هذه النظرية تفسير الظواهر المعروفة السابقة وكذلك الحقائق الخاصة بالشخصية والسلوك. وتتضمن هذه الافتراضات ما يلي:

أولاً: إن كل فرد يوجد في عالم من الخبرات المتغيرة هو مركزه، وأن هذا العالم المتغير هو المجال الظاهري، وأن هذا العالم في معظمه لاشعوري، وجزءاً منه هو الذي يدركه الفرد شعورياً، غير أن هذه الخبرات اللاشعورية يمكن أن تصبح شعورية عند الحاجة. حيث أنها توجد في اللاشعور، هذا العالم الخاص من الخبرة لا يمكن أن يعرفه إلا نفسه، وأن المعالج لا يمكنه التعرف على هذا العالم إلا من خلال الفرد نفسه، ولكن قد لا يكون الفرد لديه القدرة على هذه المعرفة، ويقوم المعالج هنا بدور المساعد لتنمية هذه القدرة لدى العميل. وبناءاً على ذلك فيكون الشخص أفضل مصّدر للمعلومات عن خبراته وعما يوجد في عالمه الخاص.

ثانياً: يستجيب الفرد للمجال الظاهري ككل منظم بمعنى أن الفرد يستجيب للمجال بطريقة جشطالتية أي يفرض فكرة تجزئة المجال.

ثالثاً: نزعة أساسية هي تحقيق وإبقاء وتقوية الفرد الذي يعيش الخبرة، فالفرد نظام واحد ديناميكي يعد الباعث الواحد فيه تفسيراً كافياً للسلوك بأكمله.

رابعاً: سلوك الفرد في أساسه محاولة موجهة نحو هدف، والهدف هو إشباع الحاجات التي يخبرها الفرد في مجاله كما يدركه.

خامساً: كل سلوك موجه يصدر عن الفرد يصاحبه انفعال يسهل له مهمته، وتختلف شدة الانفعال طبقاً لما يحمله الموقف من أهميته بالنسبة للفرد.

سادساً: إن أفضل محاولة لفهم السلوك تكون من خلال الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه والذي يفصح عُنه في اتجاهاته.

سابعاً: تتمايز الذات في المجال الإدراكي الكلي والذات هي مجموع الخبرات التي تنسب جميعها إلى شئ واحد هو الأنا.

ثامناً: نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة، ومع آراء الآخرين المستمرة تجاه الفرد يتكون مفهوم الذات، هو نمط تصوري منظم، مرن ولكن متسق من إدراكات وعلاقات إلى (أنا) أو ضمير المتكلم مع القيم التي ترتبط بهذه المفهومات.

تاسعاً: تشكل القيم المرتبطة بالخبرة المباشرة بالبيئة والقيم التي يستخدمها الفرد عن الآخرين جزءاً من بناء الذات.

عاشراً: تتحول خبرات الفرد التي تحدث له في حياته إلى:

أ- صورة رمزية تدرك وتنظم في علاقة ما مع الذات.

ب- يتجاهلها الفرد حيث لا تدرك لها علاقة ببناء الذات.

ج- يحال بينها وبين الوصول إلى صورة رمزية.

بمعنى أن الإدراك انتقائي ويتحدد هذا الانتقاء بمحك أساسي هو مدى اتساق الخبرة مع صورة الذات لدى الفرد في أثناء عملية الإدراك.

حادي عشر: اتساق الذات، تتسق معظم الطرق التي يختارها الفرد لسلوكه مع مفهومه عن ذاته.

ثاني عشر: قد يصدر سلوك عن خبرات وحاجات عضوية لم تصل إلى مستوى التعبير الرمزي، وربما لا يتسق هذا السلوك مع بناء الذات.

ثالث عشر: ينشأ سوء التوافق النفسي حيث يمنع الفرد عدداً من خبراته الحسية والحشوية ذات الدلالة من بلوغ الشعور.

الرابع عشر: يتوفر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الخبرات الحسية والحشوية للفرد بأن تصبح في مستوى رمزي وعلى علاقة ثابتة ومتسعة مع مفهوم الذات.

الخامس عشر: تدرك الخبرات التي لا تتسق ومفهوم الذات كتهديد، وتقيم الذات دفاعها ضد الخبرات المهددة عن طريق إنكارها على الشعور.

السادس عشر: في ظل ظروف معينة يمكن مراجعة بناء الذات بشكل يسمح بتمثيل الخبرات إلى لا تتسق مع مفهوم الذات وجعلها متضمنة في بناء الذات.

السابع عشر: عندما يدرك الشخص ويتقبل في جهاز متسق ومتكامل كل خبراته الحسية والحشوية فإنه يصبح بالضرورة أكثر تفهماً للآخرين وأكثر تقبلاً لهم كأشخاص منفصلين.

الثامن عشر: ولكي يتحقق للفرد توافق متكامل وصحي لا بد له أن يقيم خبراته باستمرار حتى يحدد ما إذا كانت هناك ضرورة لإحداث تعديل في بناء القيم.

أبعاد الذات:

تتمايز الذات الظاهرية أو المدركة كجزء ينفصل تدريجياً من المجال الإدراكي الكلي منذ يأخذ الطفل في تمييز ذاته الجسمية كشئ بارز عن الآخرين في محيط بيئته ويبدأ في إدراك أن بعض الأشياء تخصه هو (أفعال وممتلكات مادية ...) وبعضها يخص الآخرين ومن ثم يشرع في الإحساس بذاته وبناء تصور خاص عن نفسه في علاقاته ببيئته والمحيطين به سواء أكان هذا التصور إيجابياً أو سلبياً، واقعياً أم غير واقعي لذا تعد الذات بمثابة النواة للشخصية التي تنتظم من حولها كل مشاعر الفرد وأفكاره وتقييماته وكل ما

يدخل في مجال حياته أو يمت إلى هذا المجال بصلة يمكن القول إن للذات أربعة أبعاد هي:

١- **الذات الحقيقية:** وهي تعني ما يكونه الفرد في الحقيقة فعلاً عن نفسه، وقد يكتشفها كل منا أو يقترب منها بقدر ما.

٢- **الذات المدركة:** وهي ما يعتقد المرء أنه نفسه وذلك في ضوء تقييمه وإدراكه لها من خلال تفاعلاته مع الآخرين والبيئة التي يعيش فيها وقد تكون الذات المدركة واقعية أو غير واقعية.

٣- **الذات الاجتماعية:** وهي صورة المرء عن نفسه كما يعتقدها موجودة لدى الآخرين ممن يعيش معهم، وهي تتشكل من إدراكاته لكيف يفكرون فيه ويتوقعون منه.

٥- **الذات المثالية:** تصور الذات كما يتمنى المرء أن يحققها، ويجب أن يكونه نمو الشخصية:

يرى روجرس أن الطفل يولد مزوداً بدافع فطري لتحقيق ذاته وأنه خلال تفاعله مع ما يحيط به ينزع إلى تقييم ما يتعرض له من الخبرات على ضوء ما إذا كانت محققه أو غير محققة لذاته فيُقبِل على الخبرات الإيجابية ويُعرِض عن السلبية. وتتحقق الذات بداية من خلال إشباع الاحتياجات الأولية (الكيفية)، ثم ينمو الوعي بالذات ويتمايز مفهومها كشئ مستقر يوجه السلوك، وتظهر معه (احتياجات جديدة مكتسبة تكون أكثر إلحاحاً من عملية التقييم وهي: الحاجة إلى الاعتبار الإيجابي: يتمثل في الحصول على تقدير الآخرين، خاصة ممن لهم أهمية في حياته ويتم عندما يدرك الفرد نفسه أن عملية الإشباع ذاتها متبادلة بمعنى أنه ذاته مشبع لحاجة شخص آخر.

الحاجة إلى اعتبار الذات: تنشأ هذه الحاجة (التقدير) نتيجة لخبرات الطفل بإشباع أو إحباط حاجته إلى الاعتبار الإيجابي من الآخرين فإذا ما اكتسب الطفل تقديراً معيناً من الآخرين استدمجه في ذاته ثم نجده يتصرف بالكيفية نفسها تبعاً لقيم الآخرين وأحكامهم عنه ليمارس تقدير الذات.

الذات والعلاج العلاج المتمركز على العميل :

العلاج المتمركز حول العميل هو نوع من العلاج النفسي طوره كارل روجرز والمعالج بهذه الطريقة لا يوجه بل يتأمل ويشجع العميل على توضيح النقاط، ويتبنى هذا الأسلوب على أساس أن العميل أفضل من يقدر على معالجة مشكلاته الشخصية. فالمعالج يوفر مناخاً مستقلاً لا يتسم بإصدار الأحكام ليتمكن العميل على حل مشكلاته وأحياناً يطلق على هذا النوع من العلاج العلاج غير الموجه.

ويعني العلاج النفسي عند الإنسانيين يستهدف مساعدة العميل أو المسترشد على النمو النفسي السوي، ومحاولة لإحداث التطابق بين الذات الواقعية والذات المدركة (الذات عند الفرد كما يدركها هو) ومفهوم الذات للفرد كما يدركها الآخرون عنه. ويعني أيضاً أن الإرشاد يركز على محاولة تغيير الذات للفرد كي تكون متطابقة مع الواقع، أو تحويل الذات المثالية عند الفرد (مثاليات الفرد في الحياة) إلى ذات واقعية (واقع الفرد كما هو عليه في الحياة). فإذا حصل هذا التحويل، حدث التوافق لدى الفرد، وهو دلالة على الصحة النفسية.

وتنتمي طريقة العلاج المتمركز على العميل للمدرسة الظواهرية والمدرسة الإنسانية في علم النفس، وهي تركز على استبصار الفرد بذاته وبالخبرات التي شوهها أو حرفها أو أنكرها في محاولة لإدماجها أو التقريب بينهما (أي بين ذات الفرد وخبراته) مما يعطى الفرصة لنمو الشخصية أو كما يقول روجرز للسيرورة إلى ذات جديدة).

أقسام الطريقة الإرشادية وفقاً للنظرية الإنسانية: وهي تنقسم إلى قسمين:

الأول هو التلقائية Spontaneity: وهي جعل العميل أو المسترشد يستبصر بالأمور والمشكلات التي يعاني منها، والتي من خلالها تظهر له نتيجة مفهومه عن ذاته ومفهوم الآخرين عنه، ومن خلال هذا الاستبصار Insight يلمس مدى الاختلاف بين مفهوم ذاته وممارساته الفعلية وخبراته.

الثاني هو التعاطف **Empathy**: الذي يعني تلقي العميل أو المسترشد التشجيع على الاستمرار في الجلسات الإرشادية والقبول، ويعنى هذا القبول تقبل المرشد للمسترشد بكل عيوبه وسيئاته فضلاً عن استشفاف مشاعر العميل أو المرشد لحظة بلحظة ومشاركته فيها، وإحساسه بالاهتمام على حل مشكلته. وكي يصل العميل أو المسترشد إلى مرحلة الاستبصار بأسباب مشكلته، فإنه يحاول أن يفهم ذاته الحقيقية، ويتقرب في التعرف عليها أثناء الجلسات الإرشادية من خلال الإمكانيات والقدرات والظروف التي يتحدث عنها في الجلسات الإرشادية لأن المشكلة ببساطة حسب ما تراه هذه النظرية هو الصراع بين تحقيق الذات بوصفها حاجة غريزية) والتحقيق الإيجابي للذات (أي تحقيق الذات وفقاً للمعايير الاجتماعية والأخلاقية السائدة في المجتمع).

أهداف العلاج المتمركز على العميل أو الشخص:

يهدف هذا العلاج إلى مساعدة العملاء لكي يصبحوا أشخاصاً يتصفون بالأداء الكامل ومساعدتهم على حل مشكلاتهم. وهذا بالكشف عن ذواتهم الحقيقية وعناصر خبرتهم الشخصية المخيفة وذواتهم بحيث لا يقتنعون بالإنصياع الآلي لتوقعات الآخرين، ويظهر الشخص عندما يرتفع تحقيقه لذاته.

وقد وصف روجرز الشخص الذي يحقق ذاته بأنه يتمثل فيه أربع صفات هي:

١- الإنفتاح على الخبرات.

٢- الثقة في كيانه العضوي.

٣- توافر مركز تقييم داخلي.

٤- الاستعداد للتحول إلى عملية (أي: ممارسة للعقل والفكر).

ويعنى الانفتاح على الخبرات تصور الواقع كما هو دون تشويه والاستجابة للموقف الجديد كما هو وليس كما يريده المرء ليطابق نموذجاً متصوراً من قبل ومن خلال الانفتاح على الخبرات يتم التوصل إلى معلومات

متوفرة حول الموقف ومن خلال الإدراك المباشر لكل من النتائج المرضية وغير المرضية فإن الفرد يتمكن من تصحيح اختياراته الخطأ وبذلك يتولد الإحساس بالثقة والضبط الذاتي Governance-Self.

الأساليب والفنيات المستخدمة في العلاج:

صاغ روجرز مجموعة من الفنيات كي تستخدم كأساليب لتحقيق الشروط المسهلة للعملية العلاجية، وتهدف إلى التأكيد من تحقيق هذه الشروط وهي فنيات تتجه في الجانب الأكبر منها نحو مشاعر العميل وتتضمن هذه الفنيات ما يلي:

١ـ فنية تقبل المشاعر Feelings Acceptance Tehnique:

وهي فنية تتلخص في ضرورة أن يتقبل المرشد المشاعر الموجبة التي يعبر عنها العميل بالكيفية نفسها التي يتقبل بها المشاعر السالبة بشرط ألا تتم مقابلة المشاعر الموجبة بالاستحسان أو المدح بل يتم تقبل المشاعر الموجبة كجانب من الشخصية لا يقل ولا يزيد قدراً عن المشاعر السالبة.

وتتضح هذه الفنية العلاجية في أن هذا التقبل الذي يحدث بالنسبة لكل الاتجاهات العدوانية والاتجاهات الاجتماعية ولكل من المشاعر الإثم والتعبير الموجبة عن المشاعر هو الذي يعطى الفرد الفرصة لأول مرة في حياته لأن يفهم ذاته على نحو ما هو كائن، ففي ظل هذا التقبل الكامل، لا تكون هناك حاجة لدى الفرد لأن يخفي مشاعره السلبية خلف دفاعاته فضلاً عن أنه لا يجد فرصة لأن يتجاهل أو يفرط في تقييم مشاعره الموجبة، وفي ظل هذا التقبل الكامل للمشاعر يصل العميل إلى مرحلة الاستبصار وفهم الذات ويمثل هذا الاستبصار جانباً مهماً في العملية العلاجية الكلية.

٢ـ فنية عكس المشاعر Feeling Reflection Technique:

وتمثل هذه الفنية أهمية كبرى في العلاج غير التوجيهي وهي تعني ببساطة شديدة تكرار المقاطع الأخيرة التي يقولها للعميل أو إعادة محتوى

ما يقوله للعميل أو تكرار ما يقوله العميل أو جانب مما يقوله بنبرة صوت تبين للعميل فهم المعالج له، ولكن دون استحسان أو استهجان أي إعادة صياغة مشاعر العميل في كلمات تعكس جوهرها حيث يحاول المعالج أن يعرض للعميل مرآة لفظية Verbal mirror تمكن العميل من أن يرى ذاته بدرجة أكثر وضوحاً وتفيده في التخلص من الصراعات الانفعالية التي تكون مدمرة لتحقيق الذات.

مما لاشك فيه إن فنية عكس المشاعر هي إحدى وسائل تحقيق الشرط المستقل المعروف بالفهم المتعاطف Empathic Understanding إذ أن عكس المعالج لمشاعر العميل واتجاهاته وخبراته – سواء تلك التي يعيها العميل شعورياً أو تلك التي يدركها فقط بشكل غامض – يساعد العميل على فهم ذاته وخبراته الحقيقية فضلاً عن أن ذلك يؤكد للعميل أن المعالج على درجة عميقة من الفهم المتعاطف لكل ما يقوله بل ولكل ما يجري بداخل العميل فيتحقق بذلك شرط الفهم المتعاطف من خلال تلك الفنية.

٣ـ فنية توضيح المشاعر Calcification Technique Feeling:

وتعني إعادة إقرار جوهر ما يحاول العميل قوله " أي أنه عندما يختلط الأمر على العميل في محاولته التعبير عن مشاعره، فإن مهمة المعالج عندئذ تتمثل في مساعدته على استيضاح هذه المشاعر حتى يتسنى له التعبير عنها بوضوح، ولكن بشرط ألا يتجاوز المرشد ما يعبر عنه العميل بالفعل، لأنه من الخطر الحقيقي تقويل الغميل ما لم يقل.

ولما يتحقق المرشد من المشاعر التي يعبر عنها العميل فإنه يقوم بإيضاحها له دون تقيد أو تأويلات أو امتداح أو انتقاد أو نصيحة، إنما يكون تركيزه مقصوراً على مساعدة العميل على أن يرى بوضوح، وأن يتقبل تلك المشاعر التي يكون قادراً على التعبير عنها.

٤ـ فنية اللاتوجيهية Nondirectiveness Technique:

واللاتوجيهية عند روجرز تعنى عدم التوجيه أو النصح أو التأويل أو الإرشاد المباشر من جانب المعالج للعميل، وإنما السماح للنزعة الحقيقية لدى الشخص بأن تنبثق، فالمرشد لا يفعل أي شئ لتوجيه (المعطيات) التي يتم التعبير عنها بمعنى أنه لا يطرح أي تساؤلات من شأنها توجيه المقابلة ولا يطلق أي تقييمات من شأنها استحثاث الدفاع أو إعاقة التعبير ويكون دور المعالج مقصوراً على استجابات العميل وعكسها وتوضيحها.

وتتضح أهمية فنية اللاتوجيهية في العملية العلاجية من خلال المقابلة غير التوجيهية حيث إنها طريقة غير متحيزة تمكن من سبر أغوار الأفكار والإدراكات الخصوصية لدى الفرد. في ضوء ماسبق تتضح أن العلاج غير الموجه هو الذي لا يتدخل فيه المعالج التأثير في اختيارات العميل أو في تفكيره أو في كيفية النظر إلى الأحداث فالمعالج لا يسأل ولا يفسر ولا يشرح ولا ينصح وإنما يعكس ما يقوله العميل فقط بلغته هو وذلك ليتيح للعميل إدراك مغزى ما يقوله وتصحيح مساره السلوكي بنفسه إذا لزم الأمر.

ولا يعني ذلك أن عمل المعالج يكون سهلاً وسلبياً وإنما هو عكس ذلك حيث ينصت المعالج باهتمام بالغ لما يقوله العميل ويعرف أين وكيف ومتى يتدخل؟ وماذا يقدم لمساعدة العميل على زيادة وعيه وإدراكه؟ كما أنه يتحسس صورة مفهوم الذات لدى العميل ليحدد أين هو وماهية وجهته.

استراتيجيات العملية العلاجية المتمركزة على العميل:

من أهداف العلاج المتمركز على العميل هو تسهيل وجود مناخ يعرف فيه العميل ذاته بصورة جيدة، بحيث يستطيع تحمل مسؤوليته الشخصية لوجوده، كما يضع سلطة الرقابة الذاتية بين يديه.

ويتلخص جوهر العلاج المتمركز على العميل في قول روجرز " إذا أمكنني تقديم نوع معين من العلاقة، فإن الشخص الآخر سوف يكتشف داخل

ذاته القدرة على استخدام هذه العلاقة في النمو والتغيير، مما يؤدي إلى حدوث النمو الشخصي".

ومن الواضح أن الشروط الأساسية وضرورة توفيرها في العلاقة بين المعالج والعميل ضرورية لكي تساعده على التغير والنمو. وهذه الشروط ستؤدى بدورها إلى إقامة علاقة حميمة تشعره بالاطمئنان والأمان والمساندة. وتتولدّ لديه الثقة؛تمكنه من الاعتماد على المُعالج، مما ينتج عنها الدعم والتغيير والنمو.

ومن وجهة نظر روجرز يمكن إجمال هذه الشروط المسببة للتغيير الجوهري في شخصية العميل فيما يلي:

١- يجب أن يكون العميل على اتصال نفسي بالمعالج.

٢- لا بد أن يكون العميل في حالة من عدم الاتساق، وإن يتم تعريضه لمواقف تظهر ضعفه وتثير قلقه، حتى يتمكن من إحراز نجاح فعلي في عملية العلاج النفسي.

٣- لا بد أن يكون المعالج النفسي شخصاً متكاملاً بصورة سليمة، قادراً على الاندماج في علاقة حميمة مع العميل، ليتمكن من التوصل إلى أسباب اضطرابه.

٤- الإهتمام غير المحدود بالعميل، بمعنى آخر أن الرعاية التامة للعميل كفيلة بإرضاء الحاجات الشخصية للمعالج.

٥- لا بد أن يشخص المعالج النفسي – بشكل دقيق دون إدخال العواطف.

كما أن تحول العميل إلى إنسان محقق لذاته، تتضمن ثلاث مراحل رئيسية وهي:

المرحلة الأولى: تتضمن العلاج غير الموجه:

في هذه المرحلة يستقبل المعالج العميل في جو من التسامح ومناخ بعيد عن أي تدخل، وتتمثل هذه الفنية الرئيسية التي يستخدمها المعالج في مساعدة

العميل على توضيح خبراته الشخصية بهدف الوصول إلى الاستبصار بذاته وبحياته.

المرحلة الثانية: التأمل:

تتمحور هذه المرحلة على تأمل مشاعر العميل، وتجنب أي موقف مهدد لشخصيته من خلال علاقة العميل بالمعالج، وتساهم هذه المرحلة على تطابق وانسجام مفاهيم الذات المثالية ومفاهيم الذات الواقعية.

المرحلة الثالثة: زيادة المشاركة الشخصية:

تتسم هذه المرحلة بزيادة المشاركة الإيجابية للمعالج، باتخاذ دور أكثر فعالية، وبالتالي ينمو العميل من خلال تعلمه كيفية استخدامه لخبراته الراهنة.

الفصل الرابع

صور من الأمراض النفسية واضطراباتها وعلاجها

الفصل الرابع

صور من الأمراض النفسية واضطراباتها وعلاجها

أولاً: الـهستريا Hysteria

يشتق لفظ الـهستريا لغوياً من لفظ رحم المرأة uterus or womb وفـي مجـال علـم الـنفس يشير عصـاب الـهستريا إلـي ردود الفعل التفككية أو التحليلية dissociation أو ردود الفعل التحويلية conversion وتعتبر من أهم الأمراض ذات النشأة السيكولوجية .

والاعتقاد السائد لدى الإغريق قديما هو أن الـهستريا تنتج من تحول أو انتقال رحم المرأة من مكانه واحتل البحث في الـهستريا مكان الصدارة لدى كثير من علماء النفس ومن بينهم (فرويد وجانيت) شاركوه أن في أسبابها عنصراً وراثياً يهيئ الفرد للإصابة بالـهستريا.

تعريف الـهستريا :

مـرض نفسي عصـابي فيه تظهر اضـطرابات انفعالية مع خلل فـي أعصاب الحس والحركة وهى عصاب تحولي فيه تتحول الانفعالات المزمنة إلي أعراض جسمية ليس لـها أساس عضوي لغرض فيه ميزة للفرد أو هروبا من الصراع النفسي أو من القلق أو من موقف مؤلم دون أن يدرك الدافع لذلك وعدم إدراك الدافع يميز مريض الـهستريا عن المتمارض الذي يظهر المرض بغرض محدد فيه .

نسبة الانتشار:

تشيع لدى الأطفال والمراهقين لعدم نضوج الجهاز العصبي وكذلك في مـرحلة الشـيخوخة التـي يـأخذ الجهـاز العصـبي خلالـهـا فـي الضـمور كمـا تحدث لدى أفراد الجنسين وإن كانت نسبة شيوعها لدى الإناث أعلي منها لدى الذكور.

أسبابها :

١ - تلعب الوراثة دورا ضئيلا للغاية بينما تلعب البيئة الدور الأكبر ويرجع ايفان بافلوف Pavlov وأنصار التفسير الفسيولوجي الهستريا إلي ضعف قشرة المخ بسبب الاستعداد الوراثي وعادة ما يكون المريض الهستيري ذا تكوين جسمي نحيف واهن .

٢ - أسباب نفسية منها :

- الصراع بين الغرائز والمعايير الاجتماعية .
- الصراع الشديد بين الأنا الأعلى والهو والتوفيق عن طريق العرض الهستيري.
- الإحباط أو خيبة الأمل في تحقيق هدف أو مطلب .
- الفشل أو الإخفاق في الحب .
- الزواج غير المرغوب فيه وغير السعيد .
- الحرمان ونقص العطف .
- التمركز حول الذات بشكل طفلي .
- عدم نضج الشخصية .
- عدم النضج الاجتماعي .
- عدم القدرة علي رسم خطة للحياة.
- التدليل المفرط والحماية الزائدة .
- الضغوط الاجتماعية .
- المشكلات الأسرية .
- التوتر النفسي والهموم .
- الرغبة في العطف .
- استدرار اهتمام الآخرين .

- الحساسية النفسية .
- سرعة الاستثارة .
- عدم النضج الإنفعالى .

٣- من الأسباب المعجلة أو المباشرة الفشل في الحب أو صدمة عنيفة أو تعرض لحادث أو حرق أو جرح .

٤- كون أحد الوالدين شخصية هستيرية فيأخذ الطفل عنه اكتسابا لسمات الشخصية الهستيرية .

أعراض الهستريا :

- سوء التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد .
- الفشل في مواجهة المواقف والمشكلات .

أنواع الهستريا :

١- الهستريا التحولية :

كان فرويد يطلق هذا الاصطلاح علي التحول الحقيقي لطاقة المريض الجنسية إلي أعراض مرضية والتي كانت في جوهرها رمزية أو كانت تمثيلا رمزيا للدافع المكبوت ولكن ليس من الضروري أن تكون ردود الفعل التحويلية تعزى إلي أسباب جنسية كما ذهب فرويد .

والحقيقة الثابتة أن الأعراض التحولية تساعد في خفض قلق المريض عندما تعجز حيله الدفاعية الأخرى عن التأثير وتمتاز الأعراض في الهستريا بفعاليتها في كبت قلق المريض ولذلك يتحدث جانيت عن عدم شعور المريض بالقلق أو الاهتمام بالأعراض مهما بلغت خطورتها كالعمى أو شلل الأرجل كذلك يتمتع الهستيري بعطف المحيطين .

وبطبيعة الحال فإن أعراض الهستريا التحولية سيكولوجية في نشأتها وليس عضوية فالأعمى لا يستطيع أن يرى ولكن عينه تكون سليمة عضويا وكذلك مراكز الإبصار وخلاياه في المخ والشخص المشلول تكون عضلاته

وأعصابه سليمة ومع ذلك لا يقوى علي الحركة، ومن هنا فإنه يلاحظ وهو يتحرك أثناء النوم ويحرك أجزائه المشلولة حركة طبيعية ولكن هذا لا يعنى بأي حال من الأحوال أن المريض يعلم علي المستوى الشعوري أنه سليم غير مشلول بل إنه يصر علي الطبيب أو الجراح أن يفحصه حتى يجد " العطب " فيصلحه .

أعراض الهستريا التحولية :

١- أعراض حركية :

- الشلل الهستيري paralysis.
- فقدان الصوت أو الخرس الهستيري aphonic.
- الرعشة وارتجاف الأطراف tremors.
- اللزمات أو النفضات الحركية tics.
- النوبات الهسترية fits.
- الغيبوبة الهسترية coma.
- الاضطرابات الجلدية dermatitis artifact.
- الجوال الهستيري gaits.

٢- أعراض حساسية :

- العمى الهستيري .
- الصمم الهستيري .
- فقدان الشم والتذوق الهستيري .
- الألم الهستيري .
- فقدان الحساسية الجلدية an aesthesia.
- الخدار الهستيري .
- انعدام الحساسية العامة .

٣- أعراض حشوية :

- فقدان الشهية .
- الصداع .
- الشعور بالغثيان .
- القئ الـهستيري .
- الحمل الكاذب .

٤- أعراض أخرى :

- اضطراب الوعي .
- السعال الـهستيري .
- الـهستريا الطفلية .
- البرود الجنسي .

٢- **الـهستريا التفككية** :

من أكثر الحالات جذباً لانتباه الرجل العادي.

أعراضها :

١ـ فقدان الذاكرة manias

حيث يفقد المريض ذاكرته بالنسبة لخبرات أو أحداث أليمة خاصة مكبوتة وعندما يواجه موقفا في حياته يستثير تلك الخبرات تنزع ذاكرته وبشكل مفاجئ إلي التعطل وذلك لتجنب ما ينشأ عنها من توتر وقلق وقد يستمر هذا الفقدان لساعات أو لأيام وقد يستمر شهورا وربما يتمكن المريض من تذكر ما قبل الخبرات وما بعده فيأتي الفقد علي شكل فجوات Gaps وقد يميز فيشمل أحداث فترة زمنية طويلة ومن صور اضطراب الذاكرة عند الـهستيريين تزييف الوقائع وإعطاء تفاصيل كاذبة عن أحداث وقعت بالفعل وقد يلفق

المريض كثيرا من القصص الوهمية من خياله كما لو كانت واقعية دون قصد أو دراية .

٢- الجوال النومي somnambulism

وفيه ينفصل الجهاز الحركي عن بقية الأجهزة فيسير المريض خلال نومه لفترة قصيرة يعود بعدها للنوم وقد يمارس أثناء مشيه سلوكا معقدا أو بسيطا وربما عدوانيا لاستحالة قيامه بذلك أثناء اليقظة إلا أنه يكون خلال هذه الحالة علي علاقة ضعيفة بما يحيط به وعندما يصحو من نومه فإنه لا يتذكر شيئا مما فعله ويشيع لدى الأطفال أكثر من لدى البالغين .

٣- الاختفاء أو الهجاج (الشرود الهستيري fugue &flight)

وفي تلك الحالة لا يفقد المريض ذاكرته بالنسبة لحياته السابقة وإنما يخرج من عمله أو مسكنه علي غير هدى لفترة قصيرة أو طويلة يتخذ فيها هوية جديدة وحياة جديدة وعندما تعود له ذاته الحقيقية يدهش ويكاد لا يدرى مما فعله شيئا يذكر.

٤- تعدد الشخصيات multiple personalities

حيث يتقمص المريض شخصية أخري أو أكثر ويقوم خلال ذلك بطريقة لاشعورية بإتيان بعض التصرفات التي يأتيها بشخصيته الحقيقية وكما هي عليه في الواقع ويتم التغيير فجائيا من شخصية إلي أخري ويرتبط ذلك بطبيعة الضغوط وشدتها علي الفرد .

مآل الهستريا :

يلاحظ أن حوالي ٥٠% من مرضى الهستريا يتم شفاؤهم تماما مع العلاج المناسب وأن حوالي ٣٠% يتحسنون تحسنا ملحوظا وأن حوالي ٢٠% يتحسنون تحسنا ملحوظا وأن حوالي ٢٠% يتحسنون تحسنا بسيطا أو تستمر معهم الأعراض .

وبالرغم من ذلك فإن مآل الهستريا أفضل كلما كان بدء المرض فجائياً وحاداً واستمر لمدة قصيرة قبل بدء العلاج وكلما كان المكسب من وراء المرض ليس كبيرا وكلما كانت العلاقات بين الشخصية الأسرية سليمة نسبياً وكلما كان المريض متوافقاً مهنياً .

علاج الهستريا :

١ـ العلاج النفسي:

يتناول تركيب الشخصية بهدف تطويرها ونموها وقد يستخدم الأخصائي التنويم الإيجابي لإزالة الأعراض ويلعب الإيحاء والإقناع دورا هاما هنا ويستخدم التحليل النفسي للكشف عن العوامل التي سببت ظهور الأعراض والدوافع اللا شعورية وراءها ومعرفة هدف المرض ويقوم المعالج بالشرح الوافي والتفسير الكافي للأسباب ومعنى الأعراض كذلك يفيد العلاج النفسي السوي والعيش في واقع الحياة ويستخدم العلاج الجماعي خاصة مع الحالات المتشابهة ويجب أن يعل المعالج باستمرار مع إثارة تعاون المريض وتنمية بصيرته ومساعدته في أن يفهم نفسه ويحل مشكلاته ويحاربها بدلا من أن يهاب منها ويقع ضحية لها ويلاحظ أن بعض المعالجين يستخدمون نوعا من الحقن لتسهيل عملية التنفيس والإيحاء والإقناع .

٢ـ الإرشاد النفسي :

وذلك للوالدين والمرافقين كالزوج والزوجة وينصح عدم تركيز العناية والاهتمام بالمريض أثناء النوبات الهستيرية فقط لأن ذلك يثبت النوبات لدى المريض لاعتقاده أنها التي تجذب الانتباه إليه .

٣ـ العلاج الاجتماعي:

العلاج البيئي وتعديل الظروف البيئية المضطربة التي يعيش فيها المريض بما فيها من أخطاء وضغوط أو عقبات حتى تتحسن حالته .

٤- العلاج الطبي :

وذلك للأعراض ويستخدم علاج التنبيه الكهربائي أو علاج الرجفة الكهربائية وفي بعض الأحيان يلجأ المعالج إلي استخدام الدواء النفسي الوهمي placebo ويفيد فائدة كبيرة .

ثانياً: الفوبيا Phobia

لاشك أن الانفعال يسهل السلوك ولكنه قد يسبب كثيرا من المشاكل فقد يتعلم الشخص أو يتعود بعض الانفعالات غير الملائمة أو الشاذة بالنسبة للمواقف المختلفة كذلك يضع الفرد نفسه في مواقف انفعالية متكررة ويؤدى ذلك إلي عمليات فسيولوجية مستمرة تؤدى بدورها إلي عرقلة وظائف الجسم ومن أمثلة ذلك الفوبيا .

تعريفها :

إن استجابة الخوف حيلة دفاعية لاشعورية يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ من فكرة أو موضوع أو موقف معين في حياته اليومية وتحويله لفكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي ومن هنا ينشأ الخوف الذي يعلم المريض عدم جدواه وأنه لا يوجد أي خطر عليه من تعرضه لهذا المنبه وبالرغم من معرفته التامة، بذلك إلا أنه لا يستطيع التحكم أو السيطرة علي هذا الخوف والذي يمثل الخوف من شئ آخر داخله يعبر عنه بهذا الخوف الخارجي ومن ثم لا يواجه الصراع الداخلي بنفسه ويحوله إلي مواقف خارجية رمزية .

وتأتى كلمة فوبيا phobia من الكلمة الإغريقية phobos والتي تعنى الرعب أو الخوف أو الفزع ويدرك المريض أن مخاوفه ليست عقلانية وغير مقبولة وأنها ساذجة وسخيفة ومع ذلك يظل خائفا منها وفي الماضي كانت تضاف الكلمة الإغريقية إلي الكلمة المعبرة عن الشئ المخيف فنجد مثلا كلمة acrophobia التي تعنى الخوف من الأماكن العالية ولكن لكثرة الموضوعات

التي يمكن أن تكون مثيرة للخوف توقف هذا الدمج بين الكلمتين. ومن أمثلة الخوف الشاذة (الخوف من الرقم ١٣) .

نسب الانتشار :

يعتبر من أكثر الأمراض النفسية شيوعا حيث يصيب حوالي ٨%من مجموع الشعب. وبصفة عامة يكثر في مرحلة الطفولة وقد يظهر في المراهقة وقد يظهر بعد ذلك ولكن بنسبة ضئيلة ،

انتشاره في الغرب :

ينتشر بنسبة ما يقرب من ٧ : ١٤ % وقد أوضحت الدراسات أن الفوبيا تنتشر بنسبة ٢% من الأمراض العصابية ومن أهم الدراسات وأصدقها علي الفوبيا دراسة تمت في المجتمع السويدي وكانت نسبة انتشاره ١٣% .

انتشاره في الوطن العربي :

دراسات قليلة التي تمت عليه واتسمت نتائجها بالغموض وقد توصلت إلي أن نسبة الانتشار ١٣% أي ما يوازى النسبة في المجتمع السويدي .

أنواع الفوبيا "الرهاب" :

- الخوف من القذارة .
- الخوف من الميكروبات .
- الخوف من بعض الحيوانات .
- الخوف من السفر بالطائرة أو المركب أو القطار أو السيارة .
- الخوف من الأمراض .
- الخوف من المكوث بالمنزل .
- الخوف من السفر لمسافات طويلة .
- الخوف من الأماكن الضيقة أو الواسعة أو المرتفعة .
- الخوف من الامتحانات .

أعراض الفوبيا :

الإجهاد، سرعة ضربات القلب، العرق الغزير، الشعور بغصة في الحلق، الغثيان، ارتجاف الأطراف، القئ، صعوبة في البلع، الإغماء، إحساس بفراغ وسحبة في المعدة.

يظهر الخوف مصاحباً لعدة أمراض مختلفة ولذا يجب عدم التسرع بتشخيص الخوف لأنها أحيانا ما تخفى وُرائها أمراضا أخرى. إن استجابة الخوف هي أحد الأعراض الهامة لمرضي القلق النفسي وعادة " القلق الرهابي phobic anxiety " وأحيانا ما تكون استجابة الخوف هي أعراض الهستريا الانشقاقية خصوصا في الشخصيات الهسترية، وهذا لخوف المريض في الهروب من مواقف معينة أو مواجهة أحد الشدائد لجلب الاهتمام لذاته، أما إذا بدأ الخوف فجأة بعد سن الأربعين نشك في حالة اضطراب وجداني مثل ذهان المرح الاكتئابي "اكتئاب سن اليأس (السوداد الارتدادي) والذي كثيرا ما يظهر في هيئة استجابة الخوف، كذلك لا نستطيع أن نغفل احتمال أن يكون مرض عضوي في الجهاز العصبي مثل تصلب الشرايين.

ويبدأ بعض مرضى الفصام خاصة فصام المراهقة باستجابات خوف غامضة وغريبة وبعض الشك والأعراض الخيلائية مما يحتم علينا وضع ذلك في الاعتبار .

ويظهر مرض الخوف كأحد الأعراض القهرية في مرض الوسواس ويعتمد علاج استجابة الخوف علي السبب الأول للمرض الناشئ عنه الخوف سواء أكان مرضا نفسيا أم عقليا أم عضوياً .

واستجابة الخوف تكون :

١- غير متناسبة مع الموقف .
٢- لا يمكن تفسيرها منطقيا .
٣- لا يستطيع التحكم فيها إراديا .

٤- تؤدى إلي الـهروب وتجنب الموقف المخيف.

ومن أمثلة الخوف أو الرهاب :

١- رهاب الخلاء (الأماكن المتسعة)Agro phobia

يشمل مخاوف الخروج من المنزل أو الدخول إلي المحال أو الزحام أو الأماكن العامة أو السفر وحيدا في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات ويكون سمة متكررة الحدوث.

ويعتبر أشد اضطرابات الرهاب إعاقة حيث أن بعض الأشخاص يظلون حبيسي المنزل تماما وكثير من المرضى يرتعدون من فكرة الانهيار في مكان عام وتركهم دون مساعدة وغياب منفذ للخروج هو أحد السمات الجوهرية في كثير من المواقف التي تثير رهاب الخلاء وأغلب مرضى رهاب الخلاء من النساء ويبدأ عادة في مقتبل العمر ويشعر بعض مرضى الرهاب بالانعزال والوحدة حيث أنهم يتجنبون المواقف مصدر الرهاب .

مؤشرات تشخيصية :

١- أن تكون الأعراض النفسية منها والخاصة بالجهاز العصبي اللاإرادي أعراضا أساسية للقلق وليست ثانوية لأية أعراض أخرى كالضلالات أو أفكار وسواسية.

٢- أن يقتصر القلق أو يهيمن في اثنين علي الأقل من المواقف التالية: زحام أو أماكن عامة أو السفر بعيدا عن المنزل أو السفر وحيدا أو مساحات محوطة أو البقاء وحيداً .

٣- يعتبر تجنب مواقف مصدر الرهاب سمة بارزة ويمكن تسجيل وجود أو غياب اضطراب الهلع في أغلب مواقف رهاب الخلاء .

عند التشخيص الفارق:

يشعر بعض مرضى رهاب للخلاء بقليل من القلق لأنهم قادرون علي تجنب المواقف مصدر الرهاب، أما في حالة وجود أعراض أخرى كالاكتئاب ونوبات الهلع واختلال الآنية والأعراض الوسواسية والرهاب الاجتماعي، فإن ذلك لا يلغي التشخيص. ومع ذلك إذا كان الشخص مكتئبا فعلا حين بدأت أعراض الرهاب في الظهور عندئذ يصبح تشخيص نوبة اكتئابية هو التشخيص الأساسي الأكثر ملائمة ويشيع ذلك في الحالات التي تبدأ متأخرة .

٢- الرهاب الاجتماعي: social phobia

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الأخريين مما يؤدى إلي تجنب الواقف الاجتماعية وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقدير ذاتي منخفض وخوف من النقد، وقد يظهر علي شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة اليد أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول ويكون المريض مقتنعا أن واحدة من هذه المظاهر الثانوية هي مشكلته الأساسية وقد تتطور الأعراض إلي نوبات هلع وهى أكثر أنواع الرهاب انتشارا وتتراوح نسبة انتشارها بين (٨ - ١٠%) من مجموع الشعب وثبت زيادة النسبة بين الشباب العربي والمصري .

مؤشرات تشخيصية :

يجب أن تستوفى كل الشروط من أجل التأكد من التشخيص :

١- يجب أن تكون الأعراض سواء النفسية أو تلك الخاصة بالجهاز العصبي اللاإرادى مظهراً أساسياً للقلق، وليست ثانوية لأعراض أخرى مثل ضلالات أو أفكار وسواسية.

٢- يجب أن يقتصر القلق ويغلب في مواقف اجتماعية معينة .

٣- يتم تجنب المواقف الرهابيه كلما كان ذلك ممكناً .

عند التشخيص الفارق :

كثيراً ما يبرز رهاب الخلاء والاضطرابات الاكتئابية مع الرهاب الاجتماعي أما في الحالات الشديدة فقد تتشابه النتيجة النهائية من بقاء المريض بالمنزل مع مضاعفات رهاب الخلاء وإذا كان التمييز بين الحالتين صعباً جداً، يعطى التفضيل لتشخيص رهاب الخلاء. وبالرغم من شيوع الأعراض الاكتئابية إلا أنه لا يجب تشخيص الاكتئاب إلا إذا أمكن التعرف بوضوح على وجود زملة اكتئابية خالصة .

٣- رهاب محدد (منفرد) Specific (isolated) Phobias :

هو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الاقتراب من الحيوانات، الأماكن المرتفعة، الرعد، الظلام، الطيران، الأماكن المغلقة، تناول مأكولات بعينها، طب الأسنان، منظر الدم أو الجروح، الخوف من التعرض لأمراض معينة. وبالرغم من أن الموقف المثير محدود، إلا أن التعرض له قد يثير رعباً كما في حالات رهاب الخلاء أو الرهاب الاجتماعي، وتبدأ أنواع الرهاب المحدد عادة في الطفولة أو في مقتبل العمر وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم يتم علاجها وتتوقف شدة الإعاقة على السهولة التي يستطيع بها الشخص تجنب الموقف الرهابي. ويتميز الخوف في الرهاب المحدد بأنه غير متذبذب بعكس رهاب الخلاء. وأهم الموضوعات الشائعة الخوف من الأمراض التناسلية وحديثاً زملة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) .

ثالثاً: فوبيا الأطفال:

وبالنسبة لمخاوف الطفولة ففي إحدى الدراسات التي تناولت أطفال من سن ١٢:٥ سنة كانت غالبية المخاوف كما يلي :

- الأحداث الخارقة للطبيعة مثل : الشياطين والسحر ١٩,٣% .
- بقاء الطفل وحده في الظلام أو في مكان غريب أو بقاء الطفل تائهاً ١٤,٦% .

- الـهجوم أو خطر الـهجوم أي هجوم الحيوانات علي الطفل ١٣,٧% .
- الجـروح الجسـمية، السـقوط، الأمـراض، العملـيات الجراحـية، الآلام والأذى ١٢,٨% .
- ولكن هل تعد هذه المخاوف مخاوف فوبيا ؟

الواقع أن معظمها ليس فوبيا ذلك لأن الخوف الفوبي لابد وأن يتصف بالدوام النسبي كما لابد أن يقود تجنب الفرد للموقف المخيف .

وهناك الخوف من المركبات ومن الأشياء المنزلية ومن الخوف من القذارة ومن المدرسة.

والفوبيا من بين الأمراض النفسية واسعة الانتشار فلكل منا مخاوفه ولكنها لا تعوق أنشطتنا الحيوية ؛ أما فوبيا الخروج من المنزل فتعوق نشاط الفرد اليومي وهناك الخوف من البرق والرعد والخوف من التلوث .

ومن الجدير بالذكر أن الشخص الفوبي يشعر بالخوف إذا كان في الموقف المخيف أو رأى الشئ الذي يثير مخاوفه ولكنه لايخاف منه في غيبته .

تفسير الفوبيا : تفسر الفوبيا على النحو التالى:

أولاً: وجود خبرة خوف مروعة في معظم الحالات التي يكون المريض قد نساها.

ثانياً: استجابات شرطية في موقف يؤدى إلي الخوف في الغالب في الطفولة المبكرة

ثالثاً: إسقاط رمزي لخوف عام أو لصراع عام في معظم الحالات حيث ينسي المريض السبب الحقيقي. والمعروف أننا ننسي الخبرات المؤلمة والخبرات غير المقبولة اجتماعيا وأن الكبت تفسير تحليلي ولا شك أن الفوبيا تعبير عن أفكار أو خبرات مرتبطة بشعور الذنب.

علاج الفوبيا:

مريض الفوبيا يدرك تماما أن مخاوفه غير معقولة ولذلك فإن العلاج القائم علي الإيحاء المباشر لا يفيد، كذلك نجد أن مواجهة المريض فجأة بالشيء المخيف قد يطلق مستوى عاليا من القلق يؤدى إلي وقوع الرعب والفزع، لكن مريض الفوبيا يكون من ناحية أخرى شديدة الانشغال والاهتمام بعرضه العصابي وعلي درجة من الضيق والبرم به بحيث يكون دافعه قويا في التماس العلاج وفي الحالات القائمة علي الرمزية نجد العلاج النفسي المتعمق يكون موجها نحو الاكتشاف التدريجي المنظم لأنواع الصراع الأساسية الموجودة لدى المريض .

رابعاً: الوسواس القهري:

وهو مرض نفسي يتميز بوجود أفكار أو اندفاعات أو دوافع حركية متكررة وخاطئة مثل: غسل اليدين مئات المرات والتفكير في الله والكون وماهية الفرد والخوف من الميكروبات والأمراض ...الخ وبالرغم من معرفة المريض التامة بتفاهة أو عدم معقولية هذه الأفكار والحركات وبالرغم من مقاومته الشديدة إلا أنها تسيطر عليه وتشل حركته وتسبب له آلاما نفسية وعقلية شديدة ويجب أن نفرق بين هذه الأفكار القهرية والاعتقاد الخاطئ " الهذاء " .

فالمريض بالوسواس القهري يعلم علم اليقين بعدم صحة أفكاره أما المريض بالاعتقاد الخاطئ فهو مقتنع تمام الاقتناع بصدق اعتقاده .

التعريف :

الوسواس القهري مرض عصابي يتميز بالآتي :

وجود:

(أ) وساوس في هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف.

(ب) أفعال قهرية في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية وعادة ما تسبب الأفكار القهرية قلقا ومعاناة شديدة ويقوم المريض بالأفعال القهرية للتخفيف من آلام الأفكار .

ويكون المريض على يقين بتفاهة هذه الوساوس ولا معقوليتها ومعرفته الأكيدة أنها لا تستحق منه الاهتمام " ويحاول المريض طرد هذه الوساوس وعدم الاستسلام لها ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف هذه المقاومة .

ومع الوقت يزداد إحساس المريض بسيطرة هذه الوساوس وقوتها القهرية عليه مما يترتب عليه شلله الاجتماعي وآلام نفسية وعقلية شديدة .

فالمريض بالوسواس القهري يعلم علم اليقين بعدم صحة أفكاره ولذا فهو يعانى من مرض عصابي، أما المريض بالاعتقاد الخاطئ فهو مقتنع تمام الاعتقاد بصدق اعتقاده ولذا نعتبر مرضه ذهانيا .

والحق أن كثير من ألعاب الأطفال يكون لها طابعا قهرياً، مثال ذلك التلميذ الذي يعد السلالم أثناء هبوطه أو تسلقه والذي يقذف الحجر بقدمه من المدرسة إلي المنزل وكذلك عند العودة أو يسير خطوة علي الرصيف وخطوة علي الأرض وهو يعلم تفاهة هذه الأعمال ولكنه لا يستطيع التوقف عنها.

وكذلك الكثير من العادات والتقاليد يلعب فيها العامل القهري دورا هاما فحدوة الحصان علي المنزل تمنع الحسد ويوم الجمعة ظهرا ساعة النحس وسكب الملح علي المائدة يبعث علي الشؤم وهكذا، ثم نفخ الزهر قبل لعب الطاولة ثم الطقوس التي يقوم بها الفرد قبل خروجه من المنزل من شرب الشاي وقراءة الجرائد وحلق الذقن والاستحمام والإفطار وبطرق منتظمة إن اختلف عنها شعر بعدم الراحة والقلق رغم معرفته أن تغيير هذا الروتين لن يضر إطلاقا والطالب الذي يستمر طوال الامتحان مرتديا نفس الزى الذي امتحن به اليوم الأول وأجاد أثناء الامتحان وأصبح يتشاءم من غيره .

مدى حدوث عصاب الوسواس و القهر:

عصاب الوسواس و القهر من أقل الأمراض النفسية شيوعا ونسبة المرضى به حوالي ٥% من مجموع مرضى العصاب والذكور أكثر إصابة بهذا المرض من الإناث وقد يبدأ المرض في أوائل العشرينيات من حياة الفرد ويشاهد عصاب الوسواس والقهر أكثر في الطبقات الاجتماعية الأعلى وعند الأشخاص الأذكى .

الشخصية قبل المرض :

تسمى الشخصية في هذه الحالة " الشخصية الوسواسية القهرية " ومن أهم سماتها الجمود والتزمت والعناد والبخل والتردد والتشكك والتدقيق والحذر والحذلقة والاهتمام بالتفاصيل وصعوبة التوافق والتباعد والتمركز المتطرف حول الذات، ويتسم الشخص في نفس الوقت بسياسة ويقظة الضمير والفضيلة والتمسك بالكمال والأخلاق وحب النظام والنظافة والطاعة والهدوء ودقة المواعيد والتمسك بالحقوق والواجبات ويكون ذكاء الشخص عادة متوسطا أو فوق المتوسط وهكذا يبدو صاحب الشخصية الو سواسية شخصا فاضلا .

ومن أمثلة الشخصيات الو سواسية القهرية :

١- الموظف الروتيني المتزمت الشكلي الذي يسرف في المراجعة والتدقيق والتردد ويفزع من المرونة والتصرف ويتهرب من اتخاذ القرارات البت السريع .
٢- ربة المنزل التي تعمل ليل نهار في نظافة المنزل والأطفال والملابس والأواني ....الخ .
٣- العانس التي تسيطر عليها فكرة محددة تعتقد أنها سبب عنوستها وتقوم بأنماط سلوكية قهرية لعل فيها حلا (أو فكا) لعقدتها.

أسباب الوسواس و القهر :

يلعب العامل الوراثي دورا هاما في نشأة الوسواس القهري فقد وجد أن بعض أبناء المرضى بالوسواس يعانون من نفس المرض كذلك الأخوة والأخوات هذا غير باقي أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية وقد وجدت في دراسة حديثة أن التاريخ العائلي لمرض الوسواس القهري في مصر يظهر في ١٦ مريض من ٨٤ حالة أي لحوالي ٣٠% أي النسبة قريبة من النسب الأخرى في بلاد العالم .

ويتداخل العامل الوراثي مع البيئي لأنه لا شك أن تأثير الوالد أو الوالدة غير المرنة ذات المثل العليا والضمير الحي، الموسوسة في تصرفاتها سينعكس علي شخصية أطفالها سواء وراثيا أو بيئيا .

ويرجع رواد مدرسة التحليل النفسي هذا المرض إلي اضطراب في المرحلة الشرجية في تكوين شخصية الفرد وقسوة رقابة الأنا الأعلى للفرد علي كل تصرفاته. ولكن يوجد الكثير من الشواهد أو الملاحظات التي تؤيد احتمال نشأة المرض من أسباب فسيولوجية أهمها في ظهوره في الأطفال بطريقة منتشرة حيث لم يكتمل نضج الجهاز العصبي مع وجود اضطرابات في رسم المخ الكهربائي لهؤلاء المرضى وظهوره بطريقة دورية أو نوبات متكررة واحتمال نشأته بعد بعض أمراض الجهاز العصبي مثل الحمى المخية والصراع النفسي الحركي كل ذلك يؤيد الأساس الفسيولوجي .

وقد ذهب البعض في تفسير مرض الوسواس القهري إلي أن سببه هو وجود بؤرة كهربائية في لحاء المخ وتسبب هذه البؤرة حسب مكانها في إقحام فكرة أو اندفاعا أو حركة وتستمر هذه الدائرة الكهربائية في نشاطها رغم محاولة مقاومتها تماما كما تتعطل الأسطوانة وتتكرر نفس النغمة وتستمر إن لم يحركها الفرد إلي نغمة أخرى وهذه البؤرة وإن كانت في حالة نشاط تستمر إلا أنها علي اتصال دائم بكافة الدوائر الكهربائية في لحاء المخ، ولذا يتبين للمريض عدم صحة هذه الفكرة لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكر تقاوم هذه

البؤرة ويختلف ذلك عن هذاءات العظمة أو الاضطهاد والذي يسببه بؤرة كهربائية في اللحاء ولكنها عزلت نفسها عن باقي اللحاء بعملية انفصال عن باقي الدوائر الكهربائية، ولذا فالمريض يؤمن بصحتها نظرا لعدم وجود نشاط لحائي على اتصال بهذه البؤرة لمقاومتها أو الكف من نشاطها .

وقد زاد الاهتمام بالوسواس القهري بعد اكتشاف عدة صواحب فسيولوجية وتشريحية بأجهزة تصوير المخ الحديثة فقد وجد بعض التغيرات في العقد القاعدية وخاصة في النواة المذنبة (caudate) وصغر حجمها كذلك المعدل المرتفع في تمثيل الجلوكوز في الفص الجبهي في المخ والتلفيف الحزامى ويمكن افتراض أساسا بيولوجيا للوسواس القهري في أن الفرد يرث ويكتسب أنماطا سلوكية كافية تختزن في العقد القاعدية والتي تنفجر عند حدوث عطب في وظائف الجزء الأسفل من الفص الجبهي وأن المسارات الموصلة بين الفص الجبهي والعقد القاعدية تعمل من خلال الموصل العصبي السيروتونين ولذا أصبحت الملاحظة الإكلينيكية في تحسن وشفاء كثير من المرضى بالعقاقير الحافزة على زيادة السيروتونين في المشتبكات العصبية ذات أهمية كبري في الثورة الحديثة في علاج الوسواس القهري، ومما يؤيد العامل البيولوجي وجود أعراض الوسواس القهري في معظم اضطرابات العقد القاعدية مثل مرضي الشلل الاهتزازي والكوريا (رقص) ومرض توريت العصبي.

ويظهر اضطراب الوسواس القهري عادة في الشخصية الوسوسة والتي تتميز بالصلابة وعدم المرونة وصعوبة التكيف والتأقلم للظواهر المختلفة مع حب النظام والروتين وضبط المواعيد والدقة في كل الأعمال والاهتمام بالتفصيلات والثبات في المواقف الشديدة أي أن هذه الشخصية عكس الشخصية الهستيرية بسرعة تقلباتها وذبذباتها الانفعالية وقابليتها للايحاء ولا شك أن الإنسان الناجح يحتاج لبعض سمات الشخصية الو سواسية حتى يستطيع تنظيم ذاته، ولكن إذا زادت عن الحدود الطبيعية فدائما ما تكون هذه الشخصية عرضة

للصدام مع الزملاء والرؤساء والمرؤوسين نظرا لضميره الحي ورغبتهم في تطبيق مثاليتهم علي كل من حولهم، ولكن هنا يتغلب العناد والصلابة والمضي في سبيل الحق حتى النهاية هذا وتلاءم الشخصية الوسواسية بعض الوظائف التي تلزمها هذه الصفات مثل مجال الأعمال والمديرين والإداريين والماليين وكبار ضباط الجيش والبوليس وموظفي الأرشيف والسكرتارية والذين يعملون في المكتبات ....الخ .

أما الزوجات فهن دائما في احتكاك مع الشغالات والأطفال لأن النظافة والنظام ليسا علي ما ينشدن .

وقد تبين حديثاً أن الشخصية القهرية لا تظهر إلا في حوالي(٢٠: ٢٥%) من حالات الوسواس القهري وأنه كثيرا ما يسبق الاضطرابات شخصيات أخري مثل :

- الشخصية الاعتمادية والحدية أو شبه الفصامية وكذلك أنماط أخري .

وللأسف الشديد فإن هذه الشخصية المطالبة دائما بالحق والنظام تتعرض لاضطرابات نفسية مختلفة نظرا لاحتكاكها الدائم بالمجتمع وعدم قدرتها علي مثلها العليا وأهم الاضطرابات الأتي..

١- القلق النفسي وخصوصا الأعراض الجسمية للقلق في هيئة عصاب الأعضاء كعصاب الجهاز الهضمي أو القلبي الدوري أو البولي التناسلي.
٢- توهم العلل البدنية وأنهم عرضة لأمراض خبيثة والتنقيب عن أي أعراض لكي يبدأ في سلسلة من الأبحاث الطبية مع كثرة زيارتهم للاطمئنان علي الضغط والهضم وكافة الأجهزة.
٣- اضطراب الوسواس القهري .
٤- اكتئاب توقف الطمث .
٥- اختلال الآنية والشعور بالتغير في النفس وأحيانا يصحبه الإحساس بأن العالم أيضا قد تغير.

٦- الأمراض السيكوسوماتية .

أعراض الوسواس و القهر :

- الأفكار المتسلطة ويكون معظمها تشككية أو فلسفية أو اتهامية أو عدوانية أو جنسية (مثل الشك في الخلق و التفكير في الموت والبعث والاعتقاد في الخيانة الزوجية .....الخ).
- المعاودة الفكرية والتفكير الاجتراري (مثل ترديد كلمات الأغاني والموسيقي بطريقة شاذة) .
- التفكير الخرافي البدائي والإيمان بالسحر والشعوذة والأحجبة والأفكار السوداء والتشاؤم وتوقع الشر وتوقع أسوء الاحتمالات والكوارث .
- الانطواء والاكتئاب والهم وحرمان النفس من أشياء ومتع كثيرة وسوء التوافق الاجتماعي وقلة الميول والاهتمامات نتيجة التركيز علي الأفكار المتسلطة والسلوك القهري .
- الضمير الحي الزائد عن الحد والشعور المبالغ فيه بالذنب والجمود وعدم التسامح والعناد والجدية المفرطة والكمالية والحذلقة والدقة الزائدة .
- الاستبطان المفرط (في النشاط الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي) والاستغراق في أحلام اليقظة .
- القلق إذا وقع الفرد في المحظور وخرج عن القيود والحدود والتحريمات التي فرضها علي نفسه فكراً وسلوكاً.
- السلوك القهري والطقوس الحركية (مثل المشي علي الخطوط البيضاء في الشارع والمشي بطريقة معينة ولمس حديد الأسوار وعد الأشياء التي لا يعدها الناس كطوابق المنازل والشبابيك ودرجات السلم وأعمدة الكهرباء والسيارات والتوقيع علي أي ورقة عددا معينا من المرات ....الخ) .
- النظام والنظافة والتدقيق والأناقة الزائدة وحب السيميترية المفرط(وقت طويل وطقوس ثابتة في النظافة وغسل اليدين المتكرر ونظام ثابت في لبس

الملابس وخلعها و في ترتيب الأساس فلكل شئ مكان ووضع كل شئ في مكانه وموضعه ....وهكذا) .

- الروتينية والرتابة والتتابع القهري في السلوك والأناة والبطء الزائد في العمل والتردد وعدم القدرة علي اتخاذ القرارات.
- الشك المتطرف في الذات واحتمال الخطأ والتأكد المتكرر من الأعمال والتردد والمراجعة الكثيرة وتكرار السلوك (مثل تكرار قفل الأبواب ومحابس المياه والغاز ....الخ) .
- الخواف (خاصة من الجراثيم والميكروبات والقذارة والتلوث والعدوى ولذلك يتجنب مصافحة الناس أو تناول الطعام والشراب الذي يقدم إليه في المناسبات ......الخ).
- السلوك القهري المضاد للمجتمع أي الاندفاع السلوكي للقيام بسلوك مرضي مثل هوس إشعال النار وهوس السرقة وهوس شرب الخمر والهوس الجنسي .

تشخيص عصاب الوسواس و القهر :

قد تلاحظ بعض أشكال خفيفة من الفكر الوسواسي والسلوك القهري عند الشخص العادي وفيصل اعتبار الفكر وسواسيا والسلوك قهريا هو تكرار وقوعه وظهور القلق والتوتر عند مقاومته وإعاقة أو منع الفرد من تأدية عمله اليومي والتأثير علي كفاءته وسوء توافقه الاجتماعي .

يجب المفارقة بين عصاب الوسواس والقهر كمرض في حد ذاته أو كعرض من أعراض مرض مثل ذهان الهوس والاكتئاب أو الفصام .

ويجب المفارقة بين عصاب الوسواس والقهر وبين الهذاء والفارق الرئيسي هو أنه في عصاب الوسواس والقهر يتأكد المريض من عدم صحة وتفاهة وغرابة وسخف ولا معقولية وعدم جدوى هوسه المتسلط وسلوكه القهري أما في الهذاء فإن الأفكار والسلوك يؤمن المريض بصحتها تماماً.

علاج عصاب الوسواس والقهر :

قد يظهر الوسواس والقهر لمدة قصيرة ويشفي تلقائيا دون علاج ولكن معظم الحالات تحتاج إلي مدة طويلة تحت العلاج.

أهم ملامح علاج عصاب الوسواس والقهر مايلي:

العلاج النفسي:

وخاصة التحليل النفسي للكشف عن الأسباب وإزالتها وتفسير طبيعة الأعراض ومعناها الرمزي واللاشعوري وتنمية البصيرة بالنسبة للعوامل المسببة للوسواس والمخاوف وما يصاحبها من حيل ووسائل دفاع لا شعورية والعمل على تجنب مثيرات الوساوس ومخاوفها ومواقفها وخبرتها وإعادة الثقة بالنفس.

العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي :

مثل تغيير المسكن أو العمل .

العلاج الطبي :

يكون بالأدوية المهدئة لتقليل حدة الاضطراب والتوتر المصاحب للوسواس والقهر مثل ليبر يوم (Librium) ويوصي بعض المعالجين باستخدام علاج النوم في بعض الحالات وكانت الجراحة النفسية (شق الفص الجبهي) والتى تستخدم كآخر حل أحياناً وكذلك في حالة استحالة التخلص من الوسواس والقهر اللذين يعطلان حياة المريض .

مآل عصاب الوسواس والقهر :

كان ينظر فيما مضي لمآل عصاب الوسواس والقهر علي أنه أسوء من باقي الأمراض النفسية العصابية أما الآن فالمآل يكاد يوازي باقي الأمراض العصابية إلا أنه يعتبر من أصعبها علاجا خاصة في الحالات الشديدة ويمكن القول إجمالا أن حوالي ٢٠% من الحالات تشفي وأن ٢٠% تتحسن حالاتهم وأن النسبة الباقية لا تتغير حالاتهم .

علي العموم فإن مآل عصاب الوسواس والقهر يكون أفضل كلما كان ظهور المرض حديثا وكلما كانت هناك أسباب بيئية واضحة ترتبط بظهور المرض وكلما كانت البيئة التي سيعود إليها مناسبة.

خامساً: توهم المرض Hypochondria

في هذا العصاب يتوهم المريض إصابته فعلا بمرض أو أمراض معينة، أو يتوهم استعداده للإصابة السريعة بمرض أو بأمراض معينة. لهذا فهو دائم التخوف والاحتياط حتى لا يصاب بالمرض ، وهو منشغل انشغالا دائما بصحته وخائف عليها ومهتم اهتماماً مفرطاً بها ، ولا يعتقد أن إصابته – إن أصيب – فهي خفيفة، لكنه يتوهم أنه أصيب بأشد الأمراض فتكا ، ويظل في قلق بالغ حتى يشفى ولا يكاد يشفى حتى تعاوده مخاوف الإصابة بمرض خطير آخر .... وهكذا، وغالبا ما يفشل الآخرون ، وربما أطباؤه في طمأنته على صحته ، وفي إقناعه بخلوه من المرض. ومن هنا فهو دائم الشكوى من إصابته المتوهمة بأمراض معينة ، أو من خوف من الإصابة بها، حتى أن البعض يميل إلى تسمية هذا المرض بوسواس المرض .

تعريف توهم المرض :

توهم المرض اضطراب نفسي المنشأ عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك. وهو تركيز الفرد على أعراض جسميه ليس لها أساس عضوي ، وذلك يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في نفسه واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه بحيث يطغى على الاهتمامات الأخرى ، ويعوق اتصاله السوي بالآخرين ويشعر بالنقص والشك في نفسه.

مدى حدوث توهم المرض :

يشاهد توهم المرض بصفة خاصة في العقدين الرابع والخامس من العمر وقد ثبت أن توهم المرض نادر الحدوث عند الأطفال اللهم إلا في بعض

حالات فقد الأم أو الإيداع بالمؤسسات وتوهم المرض يكثر في الشيخوخة، وقد يرجع ذلك إلى الحاجة الشديدة لدى المسنين لجذب الأنظار.

وتوهم المرض أشيع لدى الإناث منه لدى الذكور. ويلاحظ توهم المرض أيضاً في حالة الإرهاق أو الإعاقة حيث يبالغ المعوق في الإصابة الجسمية.

الشخصية قبل المرض :

- تتسم الشخصية قبل المرض بالتمركز حول الذات بشكل غير ناضج ، والميل إلى الإنعزال ، والاهتمام الزائد بالصحة والجسم .

أسباب توهم المرض :

المريض يعتقد (واهماً) أنه مريض عضوياً، إلا أن مشكلته في الحقيقة مشكلة نفسية المنشأ. وهناك أسباب كثيرة تؤدي إلى توهم المرض .

من أهم الأسباب مايلي :

١- أسباب أساسية نفسية عند بعض الناس حيث نجدهم يتوهمون أنهم مرضى بمرض يكونون قد سمعوا عنه من الأطباء أو المعالجين وفهموا فهما غير سليم أو أساءوا الفهم أو يكونون قد قرأوا عنه قراءة غير واعية وعلى غير أساس علمي في الكتب والمجلات الطبية ، ويدعم هذا الاضطرابات الانفعالية الطويلة .

٢- شدة القلق والضعف العصبي، ووجود العدوان المكبوت ومحاولة مقاومته .

٣- الفشل في الحياة وبصفة خاصة الحياة الزوجية وشعور الفرد بعدم قيمته وعدم كفايته ،ويكون توهم المرض بمثابة تعبير شخصي عن هذا الشعور ، ومحاولة التهرب من مسئوليات الحياة أو السيطرة على المحيط عن طريق اكتساب المحيطين والمخالطين .

٤- أسباب نفسية حيث يكتسب المريض الأعراض من والديه اكتسابا ، حيث يوجد توهم المرض، وحيث يلاحظ اهتماما أكثر من اللازم بصحة الأولاد،

أو خبرة المعاناة الشديدة من مرض سابق ووجود العدوان المكبوت ومحاولة مقاومته ،أو وجود تهديد شخصي لا شعوري قرب دنو الأجل كما في الشيخوخة ، والخوف من فقدان الحب وانهيار الدفاعات النفسية ودفاعات العدوان الجنسي .

د- يرى سيجموند فرويد Freud أن توهم المرض يرجع إلى انسحاب الاهتمام أو الليبيدو من تغيرات في العالم الخارجي وتركيزه على أعضاء الجسم ويعتقد فرويد أيضا أن:

توهم المرض = الضعف العصبي + عصاب القلق .

أعراض توهم المرض :

فيما يلي أعراض توهم المرض :

- تسلط فكرة المرض على الشخص (وسواس) ، والشعور العام بعدم الراحة .
- تضخيم شدة الإحساس العادي بالتعب والألم والاهتمام المرضي والانشغال الدائم بالجراح والصحة والعناية الزائدة بها، ويشاهد الاهتمام كثرة التردد على أطباء عديدين ، والمبالغة في الأعراض التافهة والاعتقاد أنها مرض خطير (فمثلا يعتبره قرحه في المعدة وهكذا) التركيز على صغائر الأعراض المرضية ومحاولة المريض دائما تشخيص مرضه بنفسه. وهذا التشخيص ينطبق عادة مع الحقائق المعروفة طبيا ، والجري دائما وراء فتاوى العلاج التي تكتب في الصحف والمجلات والمحاولات العديدة لعلاج نفسه بنفسه بطريقة لاعلم.
- الشكوى من اضطرابات جسميه خاصة في المعدة والأمعاء وأي جزء آخر من أجزاء الجسم وفي بعض الأحيان يكون اختيار العضو أو الوظيفة (التي يكون هدف توهم المرض) له علاقة بالمشكلة التي

تكمـن وراء توهـم المـرض (فمـثلا المـراهقون الذيـن يعـانون مـن صراعات جنسية يكون توهم المرض متمركز لديهم في الأمراض السرية والجنسية) ، والإحساس بحركات وضربات القلب وما شابه ذلك. وتتنقل وتتنوع الشكوى فيوجد المريض شكاوى إضافية لتوهم المرض ويميل إلى تعميم المشاعر الجسمية الشاذة المرتبطة بتوهم المرض حتى ليشعر الجسم كله بحالة من المعاناة ، وقد يؤدي هذا إلى حالة انسحاب كامل بعيدا عن العالم المحيط به .

- الشعور بالنقص مما يعوق الاتصال الاجتماعي ويؤدي إلى الانعزال أو الانسحاب .

تشخيص توهم المرض :

من النادر أن يظهر توهم المرض كعصاب مستقل ، ولكن الأغلب أن يظهر كعرض لاضطراب نفسي آخر مثل الاكتئاب كما في حالات اكتئاب سن العقود مثلاً.

وفي بعض الأحيان يكون توهم المرض مجرد إضافة إلى مرض عضوي فعلي يجعل الآخر مبالغاً فيها.

علاج توهم المرض :

تتلخص أهم ملامح علاج توهم المرض فيما يلي :

- استخدام الأدوية النفسية الوهمية واستخدام الأدوية المهدئة.
- العلاج النفسي الذي يركز على التطمين النفسي والإيحاء لمساعدة المريض على كشف وتوجيه مجال الاهتمام من الذات إلى مجالات أخرى مفيدة ويفيد هنا العلاج النفسي المختصر ، والعلاج النفسي الجماعي .

- الإرشاد العلاجي للمريض ، وإرشاد الأسرة خاصة مرافقي المريض كالزوج مثلا نحو عدم المبالغة والعطف والرعاية وعدم المعاملة بقسوة ..الخ .
- العلاج الاجتماعي وتحقيق تفاعل اجتماعي أكثر عمقا ومعنى ، والعلاج بالعمل والرياضة والترفيه نحو إخراج المريض من دائرة تركيز المريض على ذاته ، وتعديل البيئة والمحيط الأسري ومحيط العمل .
- مراقبة المريض خشية الانتحار إذا كان توهم المرض مرافقا للاكتئاب.

ملاحظات على توهم المرض :

ينظر إلى توهم المرض من الناحية الدينامية على أنه دفاع نفسي يلجأ إليه المريض لا شعوريا سعياً وراء أهداف ومكاسب على رأسها تجنب المسئوليات وتخفيف العمل والمواساة والاهتمام به واللوم وقد يسيطر على من حوله وربما يحصل على بعض المزايا الأخرى .

ويلاحظ أن ضحايا توهم المرض لا يتمارضون ولا يتصنعون المرض شعوريا ولكن المؤكد أنهم يعانون من القلق والضعف العصبي .

سادساً: النيوراثينيا (الإجهاد أو الإعياء النفسي) Neurasthenia

مرض نفسي يتميز بشعور مستمر بالفتور والتعب والإرهاق النفسي والجسمي ، ودائما يشكو المريض أنه لا يستطيع القيام بأي نشاط جسمي أو نفسي مستمرة وعندما يعمل الجهاز العصبي تحت إجهاد أو شده مستمرة فتضطرب عمليات الإثارة والكف أو الانطفاء في خلايا لحاء المخ. وعادة ما تتأثر عملُيات الكف قبل عمليات الإثارة. وهذا هو ما يحدث في خلايا النيوراثينيا فأعراض هذا المرض هي ضعف لعمليات الكف في المخ، وعلينا أن نتذكر دائما أن الكف أو الانطفاء يعادل الإثارة. وأن خلايا الدماغ تستعيد طاقتها ونشاطها بعد الإثارة أثناء عمليات الكف فإذا ضعفت عمليات الكف كما

يحدث في هذا المرض فسيكون من الصعوبة على خلايا المخ استعادة طاقتها وبالتالي القيام بنشاطها الطبيعي ومن ثم يصاب الشخص بالخمول والفتور وما عملية النوم إلا عملية كف في نشاط التكوين الشبكي فإذا ضعفت عمليات الكف بدأت اضطرابات النوم من أرق وكابوس ... الخ.

كذلك تعتمد عملية الانتباه على عمليات الكف فعندما يبدأ الفرد في نشاط ما تبدأ عنده عمليات إثارة في خلايا لحاء المخ ،، وتحيط هذه الخلايا نفسها بعملية كف حتى تستطيع التركيز ، وتمنع تداخل أفكار أخرى ولكن في حالات ضعف عمليات الكف تبدأ الأفكار الأخرى في الزحف على بعضها ويصاب الفرد بتشتت الانتباه وعدم القدرة على التركيز ، وهو ما يحدث لدى مرضى النيوراثينيا .

ويشمل مفهوم النيوراثينيا الأنواع التالية من الظواهر المرضية :

١- صداع متصل ومتقطع وأوجاع متنقلة وحساسية مفرطة وإحساسات متوهمة لا أساس عضوي لها .

٢- اضطرابات حسية : زيادة في حساسية الشخص.

٣- اضطرابات حشوية وظيفية:

- خاصة بالهضم : ارتخاء الأمعاء وتقلصات المعدة والمعي والكبد فضلا عن الإمساك ...
- خاصة بالأوعية الدموية : هبوط في ضغط الدم .
- ضعف جنسي متفاوت ، وافتقاده الحساسية الجنسية .

٤- اضطرابات في التنفس : ضيق في التنفس والربو الكاذب

٥- اضطرابات عصبية نفسية منوعة: أرق ودوار وترخ ورجفة وقلق واكتئاب وتهيج عصبي وقصور في العزيمة واندفاع وسرعة التعب وصعوبة البدء في عمل وتشتت الانتباه وضعف التركيز.

سابعاً: عصاب القلق Anxiety Neurosis:

يقال أن هذا العصر هو عصر القلق ولا يمكن الجزم بصحة هذا القول لأنه مما شك فيه أنه في الأزمنة السابقة ، عانى الناس من الجوع والمرض والعبودية والحروب والكوارث عامة مختلفة ، جعلتهم معرضين للقلق مثلما نحن الآن ولكن تعقيد الحضارة وسرعة التغير الاجتماعي وصعوبة التكيف مع التشكل الحضاري السريع والتفكك العائلي ، وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية بالرغم من إغراءات الحياة وضعف القيم الدينية والخلقية مع تطلعات الأيدلوجية المختلفة تخلق الصراع والقلق عند الكثير من الأفراد مما يجعل القلق النفسي هو محور الحديث الطبي في الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية.

تعريف القلق:

يختلف الكثير في تعريف القلق النفسي كمرض مستقل ويمكن تعريفه بأنه شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة ، مثل الشعور (بالفراغ في فم المعدة) أو (السحبة في الصدر) أو (ضيق في التنفس) أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة الخ .

وقد يحاول البعض التفرقة بين الخوف والقلق مع المعرفة التامة بأنهما عادة ما يكونان وحده ملتصقة ولكن شعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة باتجاهه وسط الطريق يختلف تماماً عن شعوره بالخوف والقلق عندما يقابل بعض الغرباء الذين لا يستريح لصحبتهم. كذلك من الناحية الفسيولوجية ، فالخوف الشديد يصاحبه نقص في ضغط الدم وضربات القلب وارتخاء في العضلات مما يؤدي أحيانا إلى حالة إغماء، أما القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر بالعضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة.

ورغم أن القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية ، إلا أن حالة القلق قد تصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا وهذا هو ما يعرف باسم عصاب القلق neurosis أو القلق العصابي أو رد فعل القلق anxiety reaction وهو أشيع حالات العصاب ويمكن اعتبار القلق انفعالا مركبا من الخوف وتوقع التهديد والخطر .

تصنيف القلق :

يَصنف القلق إلى :

- **القلق الموضوعي العادي :** (حيث يكون مصدره خارجيا وموجوداً فعلاً) ويطلق عليه أحيانا القلق الواقعي أو القلق الصحيح أو القلق السوي ويحدث هذا في مواقف التوقع أو الخوف من شيء مثل القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو امتحان أو بالصحة أو الإقدام على الزواج أو نبأ هام أو الانتقال من القديم إلى الجديد ومن المعلوم إلى المجهول أو الانتقال إلى بيئة جديدة أو وجود خطر قومي أو عالمي أو من حدوث تغيرات اقتصاديه أو عامة .
- **حالة القلق أو القلق العصابي :** هو داخلي المصدر وأسبابه لا شعورية وغير معروفة ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه ، ويعوق التوافق والإنتاج والتقدم والسلوك العادي .
- **القلق العام :** الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد القلق غامضا وعاما وعائما .
- **القلق الثانوي :** وهو القلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى (حيث يعتبر عرضا مشتركا في جميع الأمراض النفسية تقريبا).

مدى حدوث القلق :

- القلق هو أشيع حالات العصاب ومن أشيع الاضطرابات النفسية عموما ، فهو يمثل حوالي ٤٠% من الاضطرابات العصابية وهو أشيع لدى الإناث

منه لدى الذكور وهو أشيع في الطفولة والمراهقة وسن العقود والشيخوخة.

أسباب القلق: تتعدد أسباب القلق ومن أهمها:

- الاستعداد الوراثي في بعض الحالات وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.
- الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام) ، والشعور بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانته الفرد وأهدافه ، والتوتر النفسي الشديد ، والأزمات أو المتاعب والخسائر المفاجئة والصدمات النفسية ، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، والمخاوف الشديدة في فترة الطفولة المبكرة ، والشعور بالعجز والنقص وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لأهداف الحياة وأحيانا يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة. ومن الأسباب النفسية الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل اقتصاديا أو زواجيا أو مهنيا .
- مواقف الحياة الضاغطة والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة ومطالب ومطامح البشرية المتغيرة (نحن نعيش في عصر القلق) وعدم تقبل مد الحياة وجزرها، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة والوالدان العصابيان أو المنفصلان وعدوى القلق وخاصة من الوالدين .
- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات فى الماضي ، والطرق الخاطئة فى تنشئة الأطفال

مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين .

- التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصادياً أو عاطفياً أو تربوياً) والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة والإرهاق الجسمي والتعب والمرض وظروف الحرب .
- الطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيطة الطويلة خاصة الجماع الناقص .
- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات .
- ربط سيجموند فرويد Freud بين القلق وبين إعاقة "الليبيدو" من الإشباع الجنسي الطبيعي ووجود عقده أوديب أو عقدة اليكترا وعقدة الخصاء (غير المحلولة) وأرجع "الفريد آدلر" القلق إلى عقدة النقص ومشاعر النقص عند الفرد سواء مشاعر النقص الجسمي أو المعنوي الاجتماعي وإلى تهديد أسلوب حياته وعزا "اوتو رانك" القلق إلى صدمة الميلاد فهي تؤدي إلى أن باكورة القلق prototype of anxiety أو القلق الأولي primary anxiety ، وأرجعت كارين هورني horny القلق إلى ثلاثة عناصر هي الشعور بالعجز والشعور بالعداوة والشعور بالعزلة.
- يرى السلوكيين أن القلق استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة ، ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك .

الأعراض الإكلينيكيه للقلق النفسي :

أولاً: القلق الحاد :

١ـ حالة الخوف الحاد: panic status :

وهنا يظهر التوتر الشديد والقلق الحاد المصحوب بكثرة الحركة وعدم القدرة على الاستقرار مع سرعة التنفس والكلام السريع غير المترابط مع نوبات من الصراخ والبكاء تكون مصحوبة بجفاف الحلق واتساع حدقة العين

وشحوب الجلد والارتجاف الشديد للأطراف سواء الذرراعين أو الساقين. وقد تؤدي سرعة التنفس أحيان إلى تقلصات عضلية أو إغماء ويصنيب الفرد الإعياء الشديد بعده هذا الخوف الحاد.

٢ـ حالة الرعب الحاد : terror state :

وأهم ما يميز هذه الحالة هو عدم الحركة والسكون المستمر مع تقلص العضلات والارتجاف مع ظهور عرق بارد غزير ، وهنا لا يستطيع المريض إعطاء معلومات وافية عن حالته وأحياناً لا يعرف المكان والزمان وكثيراً ما يعترض هذا السكون الحركي اندفاع مفاجئ يجري أثناءه دون هدى، وفي المواقف العسكرية أحيانا يجري نحو العدو. أما في المواقف الأخرى فكثيرا ما يهاجم بل ويقتل من يقابله. وينتشر هذا القلق الخبيث في المجتمعات البدائية.

٣ـ إعياء القلق الحاد : anxiety exhaustion syndrome :

عندما يستمر القلق لمده طويلة يصيب الفرد إجهاد جسيم ويصاب بأرق شديد لعده أيام ويظهر هذا الإعياء أثناء الإنسحاب العسكري والبراكين والزلازل والكوارث العامة ، ويبدو الوجه جامدا دون عاطفة شاحبا غير منفعل مع التبلد الذهني، والسير بطريقة اتوماتيكيه بطيئة دون معرفة اتجاهه. أما إجابته عن الأسئلة فتأخذ نمطاً واحداً مختصراً.

وعندما يستمر القلق الحاد لمدة طويلة دون شفاء أو عندما يكون الإجهاد بطيئا بحيث لا يسبب أي نوع من أنواع القلق الحادة فهنا يتعرض المريض إلى ما يسمى بالقلق المزمن .

ثانياً: القلق المزمن ويشمل :

١ـ أعراض جسمية.　　　　٢ـ أعراض نفسية.

٣ـ أمراض سيكوسوماتيه (نفسجسمية) .

وفيما عرض لهم:

(أ) الأعراض الجسمية :

وهي أكثر أعراض القلق النفسي شيوعا فجميع الأجهزة الحشوية في الجسم متصلة وتتغذى بالجهاز العصبي اللاإرادي والذي يحركه الهيبوثلاموس المتصل بمراكز الانفعال ولذا فقد يؤدى الإنفعال إلى تنبيه هذا الجهاز وظهور أعراض عضوية فى أحشاء الجسم المختلفة، بل وأحياناً يكبت المريض الانفعال ولا يظهر إلا الأعراض العضوية. وهنا يتجه المريض نحو أطباء القلب والصدر والأمراض الباطنية حسب نوع الأعراض ، وأهم هذه الأعراض:

١ - **الجهاز القلبي الدوري** : هنا يشعر المريض بآلام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر مع سرعة دقات القلب بل والإحساس بالنبضات في كل مكان ويبدأ في عد سرعة النبض وإن حاول النوم فيحس بالنبضات في رأسه ومخه مما يجعله في حالة ذعر من احتمال حدوث انفجار في المخ. والذي بطبعه لن يحدث - كذلك يشعر المريض ببعض ضربات القلب غير المنتظمة ، وتكون الطامة الكبرى عندما يقيس ضغط الدم ويجده مرتفعا بعض الشيء نتيجة من جراء الانفعال وإن أخطأ الطبيب وأخبره أنه يعاني من الضغط المرتفع يبدأ المريض في سلسلة من الأبحاث والأسعاف ورسم القلب مما يزيد قلقه. وبالتالي من أعراض الآلام والنبضات والضغط. وهكذا يدخل في حلقه مفرغه تنتهي أخيرا بعلاجه النفسي.

والسبب في كل هذه الأعراض هو الانفعال الظاهر أو المكبوت والذي ينبه الأعصاب اللاإرادية للقلب، وبالطبع يتردد هؤلاء المرضى على أطباء القلب يوميا ويحاول الطيب تهدئتهم دون جدوى.

٣- **الجهاز الهضمي**: ومن من أهم الأجهزة التى يظهر بها القلق النفسي، ويكون فى هيئة صعوبة فى البلع، أو الشعور بغصة فى الحلق، أو سوء الهضم، والانتفاخ أو الإسهال والإمساك.

بل ويتعرض المريض أحياناً إلى مغص شديد يحتار الأطباء فى تشخيصه؛ كذلك نوبات من التجشؤ تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة.

وهذه الظاهرة غالباً ما تتكرر مع النساء خصوصاً المتزوجات، وكثيراً مايكون القئ علامة رمزية للاحتجاج على موقف معين، أو الشعور بالتقزز من شخص ما.

٣- **الجهاز التنفسى** : وهنا يشكو المريض من سرعة التنفس والنهجان والتنهيدات المتكررة مع الشعور بضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء ، وأحيانا ما يؤدي فرط التنفس إلى طرد ثاني أكسيد الكربون وتغيير درجة حموضة الدم وقلة الكالسيوم النشط في الجسم، مما يجعل الفرد عرضه للشعور بالتنميل في الأطراف وتقلص العضلات ودوار وتشنجات عصبية وأحياناً الإغماء وتبدأ القصة بأن المريضة تذهب إلى مكان مزدحم أو مغلق أو تتعرض لانفعال شديد من فقدان عزيز أو وفاة ...الخ. فتبدأ بالشعور بالتنميل ثم الدوخة ثم تتشنج ويغمى عليها، وما حدث هو أن القلق أدى إلى سرعة التنفس دون أن تحس بتنفسها مما أدى إلى فرط التنفس اللاشعوري لأننا عادة لا نحس بالتنفس إلا إذا اشتد وتغير عن الطبيعة وأحياناً ما تتهم هذه المريضة بالدلع والحساسية.

٤- **الجهاز العصبي** : وهنا يظهر القلق في شدة الانعكاسات العميقة عند فحص الجهاز العصبي للمريض مع اتساع حدقة العين وارتجاف الأطراف خصوصا الأيدي مع الشعور بالدوار والدوخة والصداع .

٥- **الجهاز البولي والتناسلي** : يتعرض معظم الأفراد إلى كثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة وذلك عند الانفعال الشديد كما يحدث قبل الامتحانات وعند التعرض لمواقف حساسة ... الخ ، وأحيانا ما يظهر عكس ذلك من احتباس البول، ويلاحظ ذلك في بعض الأفراد في المراحيض العمومية حيث يصابون بهذا الاحتباس رغم الرغبة الشديدة في التبول والسبب في ذلك هو تنبيه الجهاز السمبثاوي أو الباراسمبثاوي من جراء القلق.

ومن أهم أعراض القلق النفسي في الجهاز البولي التناسلي هو فقدان القدرة الجنسية عن الرجل (العنة) أو ضعف الانتصاب أو سرعة القذف وهي

من الأعراض التي تسبب ألما شديدا عند الرجل، ولكي نفهم كيفية حدوث ذلك علينا أن نعرف بعض الشيء عن فسيولوجية الانتصاب فالانتصاب عمليه نفسية عصبية، فالإثارة الجنسية يسبب تنبهاً في الأعصاب الباراسمبثاوية وبالتالي انتفاخ في الأوردة فىالقضيب مما تسبب انتصابه.

أما عملية القذف والارتخاء فمن اختصاص الأعصاب السمبثاوية التي تقلل كمية الدم في القضيب وكما تبين سابقاً فان القلق يثير الجهاز السمبثاوي ومن ثم يتسبب في فقدان القدرة الجنسية وغالبا ما تبدأ الحالة بانتصاب عادي ثم عندما تبدأ المحاولة الجنسية، يصاب الرجل بالضعف وأحياناً بالقذف المبكر فيبدأ الخوف على رجولته ثم يكرر المحاولة ثانية ويبدأ في سلسلة من الأبحاث ولا مانع في أن يذهب إلى طبيب أمراض تناسلية وأحياناً يأخذ بعض هرمونات الذكورة وهي بالطبع تزيد من رغبته ولكنها لا تقلل القلق، ومن ثم تزيد الرغبة والضعف ثابت ويمر في دوائر مفرغة تنتهي به عند الطبيب النفسي، وغالباً ما تحدث العنة في أوائل شهر العسل عندما يكون الرجل في حالة من التوتر أو القلق نظرا لقلة أو انعدام خبرته أو لحبه الشديد لزوجته أو لوجوده في محكان آهل بالأخوة والأخوات مع وجود الحماة "ويطلق عليه شعبياً مربوط" وكثيراً ما يصاب الرجل بالضعف الجنسي عند مواجهته لتأنيب الضمير أو الشعور بالذنب أو الخوف من الأمراض ... الخ ولا شك أن السبب الرئيسي في كل هذه الأحوال هو القلق النفسي .

إن معظم حالات الضعف الجنسي وسرعة القذف قبل الستين هي حالات من القلق النفسي والاكتئاب لأن الأسباب العضوية قليلة ومن السهولة تشخيصها بمعمل الأبحاث اللازمة والكشف الدقيق على الجهاز العصبي .

أما في المرأة فالبرود الجنسي، وعدم الاستجابة فذلك يكون سببه في معظم الأحيان القلق النفسي، بل أحياناً ما يسبب اضطرابات في الطمث، من انقطاعه تماماً إلى كثرة تردده إلى آلام شديدة قبله ... الخ وعادة لا يفيد علاج الهرمونات في مثل هذه الأحوال .

٦- **الجهاز العضلي** : يتردد معظم المرضى على الأطباء للشكوى من آلام مختلفة في الجسم ومن أكثر أنواع الآلام شيوعا الآلام العضلية. وهنا يعاني المريض من آلام في الساقين أو الذراعين ، والظهر وفوق الصدر ، وكثيرا ما تشخص هذه الآلام بروماتيزم ويبدأ المريض في تناول العقاقير الروماتيزم دونت فائدة واضحة والكثير من هذه الآلام نفسية بحتة بسبب القلق النفسي الذى أحياناً لا يستطيع الفرد التعبير عنه وعن الصراعات المختلفة إلا من خلال هذه الآلام بل هناك بعض المرضى تجري لهم عمليات جراحية لاستئصال الزائدة الدودية والمرارة واللوزتين ..الخ للتخلص من هذه الآلام التي لم تختف إلا بعد فهم الصراعات المختلفة في حياة الفرد وعلاجها نفسياً وطبياً .

٦- **الجلد:** يكون القلق النفسي عاملا أساسيا في أسباب ونشأة الكثير من الأمراض الجلدية مثل حب الشباب والأكزيما والارتكاريا والصدفية والبهاق وسقوط الشعر، وغيرها مما جعل أطباء الجلد يهتمون بعلاج الناحية النفسية لمرضاهم أو إحالتهم إلى الطبيب النفسي عند فشلهم في معرفة سبب الصراع .

٧- **جهاز الغدد الصماء** : يسبب القلق الكثير من أمراض الغدد الصماء ومن أهمها زيادة إفراز الغدة الدرقية والبول السكري مع زيادة هرمون الأدرينالين من الغدة فوق الكلوية ... الخ .

(ب) الأعراض النفسية :

١- **الخوف:** يبدأ المريض بعد حياة سوية في الخوف من أشياء كانت فيما سبق لا تسبب له أي استجابة مرضيه فأحيانا يخاف من الأماكن المغلقة claustrophobia أو الأماكن المتسعة agoraphobia أو من الأمراض nosophobia والخوف من الأمراض من أكثر المخاوف شيوعا فهناك خوف من أمراض القلب والدرن والسرطان والزهري، وأخيراً هناك خوف من مرض الإيدز أو الخوف من الموت أو الجنون وأحياناً يشهد الخوف مظاهر غريبة كخوف المرء من ابتلاع لسانه أو توقف الطعام في حلقه أو انفجار شرايين مخه ويتردد المريض على الأطباء ويحاولون تهدئته وطمأنته من أنه لا يعاني من أي

مرض عضوي ويستريح بعض الشيء ولكن سرعان ما تعود المخاوف ويبدأ في زيارة أطباء آخرين، ويزيد القلق ومن ثم تزيد الأعراض الجسمية السابق ذكرها في الأجهزة المختلفة، مما يعزز خوف المريض من احتمال وجود مرض عضوي، وعادة ما يتألم هؤلاء المرضى كثيراً نظراً لان الأطباء والأقرباء يهزءون من أعراضهم خصوصاً أن الأطباء غالباً ما يقولون لهم أنهم لا يعانون من أي شيء وبالطبع ولكن ففي هذه الجملة خطأ جسيم لأنهم يعانون ولكن من مرض نفسي .

٢- **التوتر أو التهيج العصبي** : هنا يصبح المريض حساسا لأي ضوضاء بل يقفز من مكانه عند سماعه لرنين التليفون أو الجرس ويفقد أعصابه بسهوله و لأتفه الأسباب. وتبدأ الأم في ضرب أولادها وعقابهم على أقل سبب ثم تبكي وتندم بعدها. ويثور الزوج على زوجته من إجابة عادية ويتهمها بالتعدي على كرامته وتصبح هذه الإثارة مصدراً لنزاعات عائلية بل وأحيانا تدمر الحياة الزوجية وأحيانا يلاحظ هذا التوتر بين الطلبة فترة الامتحانات فيبدأ الطالب في الشكوى من ضجيج المواصلات وصراخ أخوته وشجار والديه ويطلب الانتقال من المنزل ويثور لأتفه الأسباب ويعطيه الوالدان عذره لان أعصابه تعبانه بسبب قرب الامتحانات، وما ذلك إلا أعراض القلق النفسي.

٣- **عدم القدرة على التركيز**: وسرعة النسيان والسرحان مع الشعور بالضيق والاختناق مع الإحساس بطوق يضغط على الرأس ويكون ذلك مصحوبا أحيانا باختلال الآنية أي يشعر الفرد أنه قد تغير عن سابق عهده وأن العالم قد تغير من حوله، ويبدأ في القلق على أتفه الأسباب ويضخمها في رأسه.

٤- **فقدان الشهية للطعام** مع فقدان الوزن والأرق الذي يتميز بالصعوبة في بداية النوم، أي يرقد الفرد على سريره، ويتقلب الساعة بعد الأخرى دون أن تغفل عينيه، وإن نام فيصحب نومه أحلام وكوابيس مزعجة مما يجعل حياته سلسلة من العذاب .

٥ـ **شرب الخمر أو تناول العقاقير المهدئة أو المنومة** : كمحاولة من المريض للتخفيف من أعراض القلق النفسي مما يؤدي أحيانا إلى حالات إدمان، ولذا وجب البحث في حالة أي مريض يعاني من الإدمان على الخمر أو عقار خاص عن القلق المتخفي وراء هذه العادة.

(ج) الأمراض السيكوسوماتية (النفسجسمية) :

نعني بذلك الأمراض العضوية التي يسببها أو يلعب في نشأتها القلق النفسي دوراً هاماً، أو الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض لانفعالات القلق النفسي، وبالطبع سيكون علاج القلق النفسي هنا علاجا أساسيا لصحة المريض العامة ومن أهم هذه الأمراض ارتفاع ضغط الدم والذبحة الصدرية وجلطه الشرايين التاجية للقلب والربو الشعبي وروماتيزم المفاصل والبول السكري وزيادة إفراز الغدة الدرقية والقولون العصبي وكذلك الأمراض الجلدية السابق ذكرها.

أما إذا استمر الصراع النفسي لمدة طويلة وأصبح القلق غير محتمل فعادة ما تتحول أعراض القلق النفسي إلى أحد ظواهر ثلاث :

١- المخاوف.

٢- عصاب الأعضاء : وهنا يأخذ القلق أعراضه فى أحد الأعضاء الجسمية فمثلا عصاب الجهاز الهضمي أو عصاب القلق أو عصاب الجهاز البولي التناسلي وهنا تكون أعراض القلق في هذا الجهاز غير مصحوبة بالإعراض النفسية للقلق، مما يجعل المريض لا يفكر إطلاقاً فى ارتباط أعراضه الجسمية مع القلق.

٣- قلق الهستيريا : لا يستطيع الكثير من المرضى تحمل الآلام النفسية للقلق ولذا فهم يحولون هذا القلق إلى أعراض هستيرية مع فقدان وظيفة الأعضاء ويكون هذا التحول عادة مصحوب بنوع من اللامبالاة حيث

يعدد المريض شكواه ويصف آلامه دون أن يبدو على تعبيرات وجهه آثار الآلام .

تشخيص القلق :

عند التشخيص يجب العناية بالفحص الطبي الدقيق وتقييم الشخصية ودراسة تاريخ الحالة وفي حالة وجود الأعراض الجسمية يجب عدم الخلط بين القلق والاضطرابات العضوية الأخرى مثل الهستيريا أو الاكتئاب ويلاحظ أن بعض المرضى يذكرون أنهم يريدون أن يدفعوا عن أنفسهم أنهم مرضى نفسيون .

ويجب التفريق بين القلق و بين الفصام في مراحله الأولى والفارق الأساسي بينهما وجود الإدراك والتفكير في الفصام وعدم وجوده في القلق. ويختلف القلق عن الخوف العادي فيما يلي :

الفروق بين القلق والخوف العادي

القلق	الخوف العادى
- لايكون الفرد منتبهاً إلى مصدره عادة (على مستوى لاشعوري، خوف داخلى من مجهول).	- خوف من أمور خارجية يواجهها الفرد على مستوى الشعور ويعرف مصدرها.
- يبقى غالباً رغم زوال مثيره الأصلى طالما لم يتناوله الفرد بالدراسة والتحليل.	- يزول بزوال مثيرة .
- قد ينشأ كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع.	- ينشأ كرد فعل لوضع مخيف قائم فعلا
- يوجد صراعات.	- لا يوجد صراعات

مآل القلق النفسي :

يختلف سير مرض القلق تبعا للفرد، فمن نوبة واحدة لمده قصيرة تختفي دون عوده خاصة في الشخصية السوية إلى مرض مزمن لا يستجيب

لكل أنواع العلاج في الشخصية العصابية وبين هذين النوعين يوجد الكثير من المرضى الذين يتعرضون لنوبات من القلق النفسي بين نوبة وأخرى يتخللها فترة من الصحة النفسية السليمة.

هناك الكثير من العوامل التي تؤثر في سير المرض وفيما يلي العوامل الهامة التي تؤدي إلى تحسن في مآل المرض :

١- تاريخ عائلي سوي مع خلو العائلة من الأعراض العصابية فى العائلة.

٢- شخصية متكاملة ثابتة سوية قبل المرض .

٣- عدم تعرض المريض لاضطرابات نفسية سابقة قبل مرضه الحالي .

٤- حدة بدء المرض أي أن الأعراض بدأت فجاه .

٥- ذكاء فوق متوسط .

أما العوامل التي تسيء لمآل المرض :

١- تاريخ عائلي واضح للعصاب مع شخصية عصابية معرضة لنوبات متكررة من الاضطرابات النفسية .

٢- زحف المضي ببطء على المريض .

٣- طول مدة المرض فكلما طالت مدة الأعراض قل الأمل في الشفاء .

٤- بعض الأعراض الإكلينيكية مثل توهم العلل البدنية واختلال الآنية والنفع الذاتي والإدمان والأعراض القهرية المتعددة وأعراض الهستيريا الانشقاقية وحالات المخاوف المرضية الشديدة .

علاج القلق:

يختلف العلاج حسب الفرد وشدة القلق ووسائل العلاج المتاحة للفرد ونوجز هنا للأسس الهامة لعلاج القلق النفسي:

١- **العلاج النفسي** : يتبع في معظم الأحيان العلاج النفسي المباشر والمقصود به التفسير والتشجيع والإيحاء والتوجيه والاستماع إلى صراعات المريض

أمـا التحليل النفسـي فيحتاج إلى الوقت والجهد والمـال. ولذا يستحسن عدم اتباعه إلا في الحالات الشديدة المزمنة.

٢- **العلاج البيئـي والاجتماعي :** كثيراً مـا يتم اللجوء إلى إبعاد المريض عن مكـان الصـراع النفسـي أو الصـدمة الانفعاليـة وينصـح بتغيير الوضـع الاجتماعي سواء العائلي أو في العمل عندما تحتم الضرورة ذلك .

٣- **العلاج الكيميائـي:** لا يفيد العـلاج النفسـي منفردا في الحالات الحادة السابق ذكرها مـع الخوف والرعب والإعياء بل يجب إعطاء المريض كميات من المنومات والمهدئـات في بدء الأمر ثم بعد الراحة الجسمية يمكن البدء في العلاج النفسي.

أمـا فـي حـالات القلق الشديدة فلا مانع من إعطاء المريض العقاقير التى تقلـل مـن الـتوتر العصـبي مـثل الفاليوم – الليبريم. أمـا العـلاج الكيمائـي الأصلي للقلق فيتخلص في إعطـاء بعض العقاقير الخاصـة بالهـرمونات العصبية في مراكز الإنفعال بالمخ.

٤- **العلاج السلوكي :** وخصوصـاً فـى حـالات الخوف المرضـى، وذلك بـأن نمـرن المريض علـى الاسـترخاء، إمـا بتمرينات الاسـترخاء الرياضـية أو تحت تأثير عقاقير خاصة بالاسترخاء ثم إعطاؤه منبهات أقل من أن تصدر قلقاً أو تسبب ألماً، ونزيد المنبه تدريجياً حتى يستطيع المريض مواجهة موقف الخوف وهو فـى حالـة استرخاء ودون ظهور علامات القلق، وهنا ينطفئ الفعل المنعكس الشرطى المرضـي ويتكون عنده فعلاً منعكساً سوياً. ويمكن تطبيق هذا العلاج فى الخوف من الأماكن الواسعة أو الضيق.

٥- **العلاج الكهربي :** لا تفيد الصدمات الكهربائية في علاج القلق النفسي إلا إذا كـان يصاحبه أعراضـاً اكتئابية شديدة وهنا سيختفي الاكتئاب ولكن علاج القلـق يحـتاج لمعـرفة الصـراعات النفسـية المختلفة مـع العلاجـات السـابق ذكرها. أمـا المنبه الكهربائى فأحياناً ما يفيد في بعض حالات القلق النفسي المصحوبة بأعراض جسمية.

٦- **العلاج الجراحي :** يوجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوبة بالتوتر الشديد والاكتئاب والتي لا تتحسن بالعلاج النفسي الكيميائي أو السلوكي والتي تشل حياة المريض هنا تكون الضرورة إلى عملية جراحية في المخ لتقليل شدة القلق والتوتر وفى هذه العملية تقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والتلاموس أو تقطع الألياف الخاصة بالانفعال الموجودة في المخ الحشوي، فتوقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال ويصبح الفرد غير قابل للانفعال. وقد دلت الأبحاث على أن مرضى القلق النفسي ذوي مجرى الدم العادي في الساعد عند الراحة والعالي عند التعرض للشدة يتحسنون بالعلاج الكيمائي أما هؤلاء ذوي الدم مجرى العالي في الساعد فإنهم عند الجراحة يستفيدون بها عن العلاج الكيميائي حيث أن نتائج العلاج الكيميائي معهم متواضعة .

٧- **الإعادة الحيوية :** وهي محاولة مواجهة المريض بالعمليات الفسيولوجية الحشوية عن طريق أجهزه الكترونية خاصة تجعله يسمع تقلصات العضلات أو نبضات القلب أو مقياس ضغط الدم أو أي شذوذ كهربائي في رسم المخ بل ويرى المؤشر أمامه منبئا بحالته المرضية ومن خلال الإبصار والسمع يستطيع شعوريا التحكم الذاتي للوصول لحالة الاسترخاء المطلوبة للشفاء .

ثامناً: الاكتئاب depression:

يعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشارا ويختلف من مريض لآخر ويشعر المريض المصاب بالاكتئاب ببعض الأعراض مثل :أفكار سوداوية والتردد الشديد وفقدان الشهية وعدم القدرة علي اتخاذ القرارات والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات والمبالغة في تضخيم الأمور التافهة والأرق الشديد والشعور بأوهام مرضية والمعاناة من بعض الأفكار الانتحارية.

إن الظروف الاجتماعية القاسية وفترات الاضطراب تزيد من حالات الاكتئاب والانتحارات الاكتئابية وأن المجتمع يعجز عن توفير الإشباعات الضرورية لأعضائه إنما يخلق بالضرورة عددا هائلا من الشخصيات ذات التبعية الفمية فالأشخاص الذين تكونت لديهم - نتيجة خبرات الطفولة - شخصيات ذات تبعية فمية يكونون أسوأ حالا في مثل هذه الظروف الاجتماعية وذلك يعجزهم عن أن يعيشوا الإحباطات دون أن يستجيبوا لها بطريقة اكتئابية.

ويتخذ الاضطراب الاكتئابي عند الأطفال صورا أهمها :

المظهر الحزين واليأس عند الطفل الذي يشكو مشاعره ويظهر اكتئابه في سلوكه مثل الصراخ واللامبالاة والانسحاب الاجتماعي وفتور الهمة وتكرار الشكوى الجسمانية والآلام بسبب حدوث اضطراب في النوم والأكل وكما هو الحال عند الكبار فإن العلاقة بين الاكتئاب والعدوانية والقلق هي عبارة علاقة معقدة وتتكون لدى الطفل المكتئب أفكار مؤداها أنه غير محبوب وغير مرغوب فيه وتكون هذه الأفكار مصحوبة بانخفاض في تقدير الذات كما تتضمن أفكارا انتحارية لدى حوالي ٣٠%من الأطفال الاكتئابيين ويوجد العديد من الأعراض لدى الأطفال وهى:

- رفض المدرسة .
- أعراض نفس- فسيولوجية .
- مشكلات التعلم .
- نقص النشاط أو زيادته بشكل مسرف .

ومن الملاحظ انتشاره هذه الظاهرة بشكل واسع بين الأطفال وبين الكبار وفي جميع الأعمال والأجناس والجنسيات ولذلك فالعلاج أصبح واجبا لكل أب أو مربي، ولي أمر أو راع ومسئول عن رعيته.

تعريف الاكتئاب :

هو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شئ مفقود وإن كان المريض لايعى المصدر الحقيقي لحزنه .

انتشار الاكتئاب :

يعاني الناس في الحياة المعاصرة من الاكتئاب بصورة أكبر مما يعانون منه في الماضي وفي المجتمعات السابقة لدرجة أنه يحلو للكتاب والأدباء أن يصفوا هذا العصر بأنه عصر الاكتئاب فكل شخص على نحو التقريب يصاب بالكآبة أو الغم والضيق. والشعور بالحزن أو الغم هو جزء عادي من طيف التكوين البشري .

ويرى الاكتئاب في جميع الطبقات الاجتماعية ، والأجناس، والأقلية، والأغلبية وهو شامل جداً لدرجة أنه يسمى بالبرد العام للأمراض العقلية The Common of mental illness وهو على نحو التقريب يصيب النساء ضعف شيوعه لدى الرجال كما يوجد الاكتئاب لدى الأفراد ذوى المهن ولكنه أكثر شيوعا لدى الأفراد في مجالي الفنون و الموسيقى .

وتشير معظم الدراسات المسحية في مجال الاكتئاب إلى أن (١٢%) من المجتمع الأمريكي يعانون من الاكتئاب، وتوصلت تلك الدراسات إلى وجود مخاطره لتطور الاكتئاب بنسب تتراوح مابين (٨% - ١٢%) لدى الرجال وما بين (٢٠%-٢٦%) لدى السيدات ووفقاً لتقرير رابطة علم النفس الأمريكية ويمكن تشخيص أعداد مماثله بالدسيثيميا Dysthymia وأن الاكتئاب العظيم و الدسيثيميا منتشران لدى طلاب الجامعة بنسبه تصل إلى ضعف الأعداد السابقة.

وعلى عكس ما هو شائع بان الاكتئاب أكثر شيوعا ما بين المسنين فإنه في الواقع أشد ما يكون شيوعاً في سنوات العمر من ٢٤ – ٤٠ عاما ويقرر (١٥%) من المجتمع الكليات اكتئاباً معتدلاً ويقرر (٥%) اكتئابا شديداً. والأفكار الانتحارية الشائعة لدى العملاء المكتئبين حيث أوضحت دراسة أن (٦٠%) من حالات الانتحار ترجع إلى الاكتئاب أو الاكتئاب المصاحب لسوء استخدام الكحول .

والاكتئاب ليس كما يعتقد البعض – خطأ – أنه ظاهرة أمريكية أو غربية، بل إنه يصيب كل المجتمعات من جيل إلى جيل كما أن الاكتئاب أخذ يوسع من قاعدته الزمنية بمعنى أن نسبة الإصابة بدأت تنتشر الآن في الأعمار الصغيرة وبدأنا نلاحظ في السنوات الأخيرة تعبيرات منتشرة عن وجود ما يسمى (باكتئاب الأطفال) .

أعراض الاكتئاب :

وافق الباحثون بصفة عامة على مجموعة من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب فالاكتئاب يعبر عن مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الاكتئابية Depressive Syndrome وتتمثل أعراض الاكتئاب في أربع فئات أساسية وهي :

١ ـ أعراض المزاج : Mood Symptoms

وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية مثل وجود مزاج حزين معظم اليوم تقريبا كل يوم لمدة أسبوعيا على الأقل .

٢ ـ الأعراض الدافعية : Motivational Symptoms

وتمثل الأشكال السلوكية التي تشير إلى توجه نحو الهدف. فالناس المكبوتين غالبا ما يعانون قصورا في هذا المجال ، وقد يخبر البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل

٣ ـ الأعراض البدنية : Somatic Symptoms

وتشير إلى التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب وتشمل تغيرات في أنماط النوم والشهية والاهتمام الجنسي .

٤ ـ الأعراض المعرفية : Cognitive symptoms

وتشير إلى قدرة الأفراد على التركيز دائما واتخاذ القرار وكيفية تقويمهم لأنفسهم ؟.

ويلاحظ من عرض الفئات الأربع السابقة لأعراض الاكتئاب أنها أغفلت جانب العلاقات الاجتماعية في حياه الفرد المكتئب وهذا ما تم معالجته بواسطة سترونجمان الذي نظر للاكتئاب على أنه متضمناً خمس مجموعات من الخصائص هي :

١- مزاج حزين وفتور الشعور.

٢- مفهوم سلبي عن الذات يتضمن تأنيب الذات ولومها

٣- رغبه في تجنب الأشخاص الآخرين.

٤- فقدان الشهية العصبي والرغبة الجنسية

٥- تغير في مستوى النشاط عاده في اتجاه الكسل وأحيانا في شكل استثارة.

وتجدر الإشارة إلى أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم وتأنيب الضمير ويجيء مع البعض الآخر مختلطا مع شكاوى جسمانية وأعراض بدنية بصورة قد لا تعرف الحدود بينها، ويعبر البعض عنه في شكل مشاعر اليأس والتشاؤم والملل السريع من الحياة والناس، وربما تجتمع كل هذه الأعراض معا في شخص واحد وقد تتنوع هذه الأعراض وتختلط مع غيرها من أعراض نفسية وجسمانية أخرى .

وعلى صعيد آخر نجد أن أعراض الاكتئاب تختلف من مجتمع إلى مجتمع آخر وهذا يسمى بمفهوم الاكتئاب القومي National depression فقد أشارت البحوث عبر الثقافية إلى أن كثيراً من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب في العالم الغربي ليست بالضرورة جزا من الخبرة الاكتئابية في الثقافات غير الغربية خاصة أعراض الشعور بالذنب والشعور باليأس وتقدير الذات السلبي وعلى النقيض يبدو أن الشعوب غير الغربية – مثل مصر – قد يظهر الاكتئاب في شكل أعراض بدنية أو فقدان الشهية الأمر الذي يجعل المرضى يلجأون إلى

الطبيب البشري ويتضح من العرض السابق لأعراض الاكتئاب مدى تنوع الأعراض وتباينها من فرد لآخر ومن ثقافة لأخرى .

الجدل حول متصل الاكتئاب :

يتمادى الاكتئاب على متصل يبدأ باكتئاب عادي ثم اكتئاب إكلينيكي فرعي وينتهي باكتئاب إكلينيكي، فيشير الاكتئاب العادي Normal Depression إلى تقلبات المزاج التي يخبرها كل فرد ويعبر عنها عادة كمشاعر الحزن والاكتئاب العادي يرادف بصفة عامة الاكتئاب الذي ينظر إليه كعرض وتوجد جميع أعراض الاكتئاب في الاكتئاب العادي فيما عدا المزاج الحزين. أما الاكتئاب الإكلينيكي الفرعي Subclinical Depression فيشير إلى شكل أكثر شدة من الاكتئاب العادي الذي لا يشمل مزاجاً حزيناً رغم وجود أي نمط من الأعراض الأخرى الخاصة بالاكتئاب.

ويشير الاكتئاب الإكلينيكي Clinical Depression إلى اكتئاب شديد إلى حد يتطلب التدخل والعلاج ويتسم الاكتئاب الإكلينيكي بأربعة سمات هي أنه:

١- أكثر حدة.
٢- يستمر لفترات طويلة.
٣- يعوق الفرد بدرجة جوهرية عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة.
٤- الأسباب التي تثيره قد لا تكون واضحة أو مميزه بالشكل الذي نراه عند الغالبية العظمى من الناس .

ورغم قبول متصل الاكتئاب إلا أن هذا قد أثار جدلا خاصة بالاستمرارية / الانفصالية حول متصل الاكتئاب حيث تتضمن مناقشة الاكتئاب العادي مقابل الاكتئاب الإكلينيكي الفرعي أن الاكتئاب يقع على متصل شده مع أشكال مختلفة من الاكتئاب تمثل نفس الاضطراب الذي يختلف مبدئيا في شدة الأعراض الاكتئابية التي يخبرها الفرد ويُظهر هذا الرأي فرض الاستمرارية والذي يرى أن حالات الوجدانية تحدث على متصل من عادي إلى شاذ وأن

الاضطراب هو رؤية قصوى لمزاج عادي. ومن جهة أخرى فان فرض الانفصالية هو أن هذه المستويات المختلفة من الحالات النفسية تمثل أساساً عمليات مختلفة. أي أنه في حين أن بعض سمات مثل المزاج الحزين قد تبدو مماثلة فان مشاعر عادية من الاكتئاب والاكتئاب الإكلينيكي هما ظاهرتان منفصلتان وغير متعلقان ببعضهما ولم يؤسس البحث حتى الآن أي من هذين الفرضين المتصارعين يكون اقرب إلى الحقيقة .

تشخيص الاكتئاب :

تشخيص الاكتئاب سهل ولكن يجب :

- التفرقة بين الاكتئاب التفاعلي والاكتئاب المزمن .
- التفرقة بين اكتئاب العصابي والاكتئاب الذهني
- التفرقة بين اكتئاب سن العقود وبين ذهان الشيخوخة
- التفرقة بين الاكتئاب وبين أعراض الاكتئاب المصاحب للأمراض الجسمية الخطيرة مثل أمراض القلب والشلل العام .
- الاحتراس حين يغطي المريض اكتئابه بتمسكه بالأعراض العضوية المصاحبة للاكتئاب مثل فقد الشهية والأرق أو العنة أو البرود الجنسي .
- الاحتراس في حالة الاكتئاب الباسم Smiling depression فقد تغطي وجه المكتئب ابتسامة خادعة مضللة.

مدى حدوث الاكتئاب:

يأتى الاكتئاب بعد القلق من حيث شيوعه كمرض عصابى، ويشاهد الاكتئاب فى العشرينات والثلاثينات، وسن العقود (سن اليأس). ويحدث الاكتئاب عند الإناث أكثر منه عند الذكور، وعند غير المتزوجين أكثر منه عند المتزوجين.

الشخصية قبل المرض (الشخصية الاكتئابية) :

تتسم الشخصية الاكتئابية قبل المرض بالسمات الآتية: الانطواء والانسحاب والهدوء والجدية والانغلاق والخجل والأدب وقلة الأصدقاء وقلة الاهتمامات ونمطية العادات والجمود والمحافظة وتحاشي الملذات وقلة التحمل والحساسية النفسية والميل إلى البكاء والتردد والحذر والجبن والسرية والعناد والخضوع والاعتماد على الآخرين والميل إلى التبعية والتواضع الشديد وخفض قيمة الذات ولوم الذات وكبت الدوافع والشعور بالخيبة وعدم الأمن وسوء التوافق الجنسي وسيطرة الأنا الأعلى على شخصية والميل إلى تصنع الحياء والحشمة والضمير الحي والتضحية من اجل الآخرين .

أسباب الاكتئاب :

يرجع البعض الاكتئاب إلى عوامل وراثية مهيئة وإن كانت نسبة ذلك ضئيلة جدا .

والأسباب النفسية هي الأهم ومنها :

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية (مثل موت عزيز أو طلاق أو سجن بريء أو هزيمة ...الخ) والانهزام أمام هذه الشدائد .
- الحرمان (ويكون الاكتئاب استجابة لذلك) وفقد الحب والمساندة والعطف وفقد الحبيب أو فراقه أو فقد وظيفة أو ثروة أو فقد مكانه اجتماعية أو الكرامة أو فقد الشرف أو فقد الصحة أو وظيفة حيوية والفقر الشديد .
- الصراعات اللاشعورية
- الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق .
- ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق والعنوسه وسن العقود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة والتعاقد .

- الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.
- التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال ...الخ).

علاج الاكتئاب :

يتم علاج الاكتئاب الخفيف عادة خارج المستشفى إذا لم يكن هناك خطر محاولة الانتحار أما إذا كان هناك محاولات للانتحار فيحسن العناية بالمريض داخل المستشفى .

ويحسن بعد انتهاء العلاج أن يتردد المريض على العيادة النفسية مرة كل شهر لمدة ستة أشهر إلى سنه للتأكد من عدم الانتكاس وان التحسن ليس مجرد فتره انتقالية إلى طور آخر من الاكتئاب أو الهوس.

وفيما يلي أهم معالم علاج الاكتئاب:

- **العلاج النفسي** وخاصة العلاج التدعيمي وعلاج الأسباب الأصلية والعوامل التي رسبت الاكتئاب والفهم وحل الصراعات وإزالة عوامل الضغط والشدة والتخلص من الشعور بالذنب والغضب المكبوت والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وإبراز ايجابيات الشخصية والمساندة العاطفية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس والوقوف بجانب المريض وتنمية بصيرته وإشاعة روح التفاؤل والأمل وقد يسير العلاج كما لو كان في شكل محاكمه علنية (بدلا من المحاكمة الداخلية) تنتهي بصدور قرارات وأحكام سلوكيه تصحيحيه .
- **العلاج البيئي** لتخفيف الضغوط والتوتر وتناول الظروف الاجتماعية والاقتصادية (بتغييرها والتوافق معها).
- **العلاج الاجتماعي والعلاج الجماعي** .
- **العلاج بالعمل** .

- **العلاج الترفيهي** وإشاعة جو التفاؤل والمرح حول المريض والعلاج بالموسيقى .

- **الرقابة** في حالة محاولات الانتحار وعلى العموم يجب عمل حساب احتمال الإقدام على الانتحار في مريض بالاكتئاب ويجب استكشاف اتجاهات المريض نحو الموت والانتحار بطريقة علمية حذرة. ويزيد من احتمال الانتحار انتحار شخص مهم في حياة المريض كأحد الوالدين ويلاحظ أنه على الرغم من أن عدداً كبيراً من الناس يهددون بالانتحار إلا أن عدداً أكبر من الرجال هم الذين ينتحرون بالفعل .

- **العلاج الطبي** للأعراض المصاحبة مثل الأرق (منومات) وفقد الشهية ونقص الوزن والإجهاد والعقاقير المضادة للاكتئاب Antidepressive drugs مثل توفرانيل وتريبتيزول والمسكنات لتخفيف حدة القلق ومنبهات الجهاز العصبي (مثل مشتقات امفيتامين Amphetamine) والمنشطات والمنبهات لزيادة الدافع النفسي الحركي مثل كافيين Caffeine والصدمات الكهربائية وخاصة في حالات الاكتئاب الحاد المتسبب عن العوامل الداخلية أكثر من الاكتئاب التفاعلي وكذلك يستخدم علاج التنبيه الكهربائي في حالة الاكتئاب البسيط والتفاعلي وفي حالة عدم جدوى الأدوية والصدمات الكهربائية وفي حالات نادرة حين يزمن الاكتئاب قد تجرى الجراحة النفسية بشق مقدم الفص الجبهي كحل أخير .

مآل الاكتئاب :

إذا قورن الاكتئاب بالهوس فان الاكتئاب يزداد احتمال إزمانه عن الهوس ومال الاكتئاب العصابي أحسن بكثير من مآل الاكتئاب الذهاني .

ومآل الاكتئاب يكون أفضل إذا عولجت الحالة علاجا مناسبا وقبل حدوث أي تدهور في الشخصية وكلما كانت الشخصية قبل المرض متكاملة ومرنة ومتوافقة.

تاسعاً: العصاب الصدمي : Traumatic Neurosis:

الإنسان يتعرض لمواقف ومنبهاتٍ مختلفة القوة إلا انه عادة ما يكون في مقدوره، السيطرة عليها والاستجابة لها استجابة تحقق له الكسب أو تبعده عن الإضرار البالغ بشخصه، لكن هناك بعض الأشخاص الذين يتعرض لمواقف أو منبهات بالغة الشدة أو الخطورة بحيث لا يمكن السيطرة عليها أو يجدون أنفسهم عاجزين عن منع ضررها عليهم كما يحدث في مواقف الزلازل وحالات الحروب والانفجارات والحوادث وتسمى مثل هذه المواقف بالصدمات وينتج عن بعض هذه المواقف أمراض نفسية تسمى بالعصاب الصدمي أو عصاب الصدمة ومن أمثلتها عصاب الحرب War Neurosis .

ذلك أن من يفاجأ بحدث داهم خطير يفقد معه السيطرة على الموقف يعدو ضحية لعصاب الصدمة، وذلك لان الصدمة تولد كميات من التوتر تنصرف في صورة أعراض مرضية انفعالية قهرية وأرق واضطراب في النوم مصحوب بأحلام يتكرر فيها موقف الصدمة بعينه السيطرة على الانفعالات المرتبطة به، وقد يسترجع المريض موقف الصدمة في حالة اليقظة فيحيا المرة تلو المرة في مخيلته وأفكاره ووجدانه.

عاشراً: فقدان الشهية العصبي أو رفض الطعام العصبيAnorexia Nervosa:

يبدأ المرض خاصة في الآنسات المراهقات ونادراً ما يصاب به الرجال وتدمج الآن تحت اضطرابات الأكل المنفصلة عن الهستيريا ويظهر المرض بعد صراع نفسي بشأن الخطوبة أو الزواج أو خيبة الأمل بالنسبة لعمل ما، ومن الناحية التحليلية يبدو الكثير من هؤلاء المريضات وكأنهن يربطن بين

البدانة والحمل وبالتالي بالجنس الذي يقترن منه ويحاولن كبته وعاده ما تعاني مريضة فقدان الشهية العصابي من البرود الجنسي.

ونسبة انتشار المرض بين النساء والرجال تصل إلى ٨ : ١ وتدل الأبحاث الحديثة عن وجود رهاب مرضي من الوزن وكذلك اضطراب في إدراك المريضة لحدود جسمها إذ أنها ترسم نفسها بالرغم من الهزال الشديد وكأنها طبيعية أو تميل إلى السمنة. وحتى الآن لا يوجد علامات واضحة في اضطراب إفراز الغدد الصماء إلا بعض هرمونات الهيبوثلاموس وإن كان البعض يعتقد أنها ثانوية وليست الأساس .

ويتميز المرض بالاتي :

١- رفض الطعام وليس فقد الشهية كتسمية المرض ومقاومته بكل الطرق على الرغم من جميع التسهيلات وأحيانا يأخذ مسهلات أو بوضع الإصبع في الفم لإرجاع الطعام أو بعمل مجهود جسمي ورياضي يفوق القدرة العادية أو باستعمال أقراص التخسيس المختلفة.

٢- توقف الطمث.

٣- فقدان الوزن الواضح لدرجة الهزال .

كذلك يبدو الجلد جافا رقيقا وينخفض ضغط الدم وتصاب الأطراف بالبرودة وبعض الزرقة مع إمساك شديد ويتشابه هذا المرض مع نقص إفراز الغدة النخامية ولكنه يتميز هنا بأنه على الرغم من الضعف الشديد والهزال الواضح على المريضة إلا أنها تتمتع بحيوية ونشاط عقلي وجسمي لا يتوفر في مريضة الغدة النخامية وغالبا ما تتميز الشخصية بعدم النضوج الانفعالي كالشخصية الهيستيرية والحدية ولكن أحيانا ما تكون الشخصية قهرية.

ويقابل الأطباء صعوبة شديدة في علاج هؤلاء المريضات بل وتصل نسبة الوفاة في مثل هذه الحالات إلى ١٥% ويتحول المرض إلى درجه مزمنة في ٥٠% من المريضات.

ويجب دخول المريضة المستشفى ومكوثها في السرير وإعطائها كميات من المهدئات والمطمئنات والأنسولين وطعام خفيف مقوي بالمواد والفيتامينات اللازمة ثم بعد ذلك نبدأ في عملية التفريغ النفسي وكشف الدوافع الدفينة لهذا الانتحار البطيء، ويجب إخفاء حقيقة وزنها خاصة في بدء العلاج وتحتاج المريضة إلى رعاية نفسيه طويلة والعلاج الأساس الحديث هو العلاج السلوكي المعرفى حيث يوجد خلل في النظم المعرفية لدى هؤلاء المرضى من الخوف الشديد من السمنة والإدراك المرضي بضخامة حجمها بالرغم من هزالها وتمجيد وتعظيم دور النحافة حيث يلتحقان بالباليه أو سباق الماراثون أو العمل كموديل، وينتشر المرض في المجتمعات التي تجعل مقياس الجمال مواكبا للنحافة ولذا فانتشارها في مصر والبلاد العربية أقل من البلاد الأوروبية وتحتاج المريضة حسب أعراضها لمضادات الاكتئاب والقلق وأحيانا مضادات الذهان وقد تحتاج الحالات المصاحبة لاكتئاب شديد وميول انتحارية لجلسات الكهرباء.

حادى عشر: النهم (الشره العصابي): Bulimia Nervosa

وتدرج أيضاً تحت اضطرابات الأكل، وهذا الاضطراب على صلة وطيدة بفقد الشهية العصبي وعادة ما يكون وزن المريضة معتدلاً أو تميل إلى السمنة ويتميز بنوبات من الشراهة في الطعام خاصة السكريات والنشويات وتناول كميات كبيرة وبعدها محاولة البدء في القيء بوضع الإصبع في الفم وقد دلت الأبحاث الحديثة على انتشار هذا المرض بين المراهقات وصغيرات السن.

ويفيد هنا العلاج السلوكي المعرفي وله أساليبه الخاصة ولكن يستجيب هذا المرض لمجموعة (SSRI) مثبطات استرجاع السيروتونين وأكثر مريضات هذا الاضطراب شهرة هي الأميره ديانا مطلقة الأمير تشارلز ولي عهد بريطانيا.

ثانى عشر: فقدان الذاكرة : النساوه Amnesia:

هي من أهم الحيل التي يلجا إليها الإنسان عند مواجهة الشدائد وفقدان الذاكرة عملية نشيطة لا يعني بها مجرد النسيان وعادة ما يفقد المريض ذاكرته فجاه وأحيانا يستمر ذلك لمدة ساعات وأيام أو شهور ولا مانع من أن يتصرف إثناء هذه الفترة كأي إنسان سوي، إلا أنه فاقد الذاكرة بالنسبة لبعض الأحداث ومن الأمثلة على ذلك المريض الذي كان يعمل بتهريب بعض البضائع من ليبيا إلى مصر وبعد تسليمه كل المواد التي وضع فيها كل ثروته إلى أحد زملائه في العمل اختفى هذا الزميل ولم يستطيع المريض تحمل الصدمة ففقد الذاكرة لكل الأحداث السابقة وكذلك أسمه.

وهنا يعتقد البعض أنهم يدعون المرض ولا يعقل أن ينسى فرد اسمه فتبدأ معاملتهم بقسوة والغلظة دون جدوى .

ويختلف فقدان الذاكرة الهستيري عن الأمراض العضوية في أن المريض بالهستيريا يتذكر كل ما يحدث ما عدا فتره معينة في حياته، أما المريض مثلا بخوف الشيخوخة فيتذكر الماضي ولكنه لا يستطيع أن يختزن المعلومات الحديثة وما فعله أمس .ولهذا فهو يتكلم دائما عن أيام الماضي لأنه لا يتذكر أيام الحاضر. أما فقدان الذاكرة الذي يصحب ارتجاج المخ أو النوبات الصرعية فعادة ما يكون للفترة السابقة على الحادث فقط .

ونلاحظ في الاضطرابات العضوية أن هناك عادة علامات أخرى لاضطراب الجهاز العصبي بالإضافة إلى علامات واضحة ومتسقة من تشوش الوعي وسوء الاهتداء وإدراك متذبذب. ويشير فقدان الذاكرة القريبة جدا أكثر إلى حالات عضوية بغض النظر عن أي أحداث أو مشكلات محتملة. أما فترات التعتيم المؤقتة بسبب سوء استخدام الكحول أو العقاقير فترتبط ارتباطاً وثيقاً بفترة سوء الاستخدام ولا يمكن استرجاع الذاكرة المفقودة كما لا يتضمن فقدان الذاكرة نفسي المنشأ فقدان الذاكرة قصيرة المدى.التي نشاهدها في حالة النساوة

(زملة كورساكوف) والتي يبقى فيها الاسترجاع الفوري سليماً ولكن تضيع القدرة على الاسترجاع بعد دقيقتي أو ثلاثة دقائق .

وفقدان الذاكرة الذي يلي ارتجاع المخ أو إصابة الرأس الخطيرة عادة ما يكون أثره تراجعي الاتجاه وقد يكون أثره في الحالات الشديدة أمامي الاتجاه وفقدان الذاكرة الانشقاقي هو الوحيد الذي يكون تعديله بواسطة الإيحاء التنويمي أو بالتفريغ النفسي، أما فقدان الذاكرة الذي يلي النوبة في مرضى الصرع وفي حالات الغيبوبة أو الخرس الأخرى التي نشاهدها أحيانا في الأمراض الفصامية أو الاكتئابية فيكون تمييزها عادة بواسطة الخصائص الأخرى للمرضى الأساسي أما التمييز الأصعب فيكون في حالات التقليد الواعي لفقدان الذاكرة (التمارض) وقد نحتاج هنا إلى تقويم متكرر وتفصيلي للشخصية قبل المرض ولدوافع المريض وعادة ما يصاحب التقليد الواعي لفقدان الذاكرة مشاكل واضحة خاصة بأموال أو خطر الموت في زمن الحرب أو أحكام محتملة بالإعدام أو السجن .

ثالث عشر: تشوش الوعي والهذيان الهستيري:

وهنا تتفاوت درجة اضطرابات الوعي فأحيانا يهذي المريض بكلمات غير مفهومه ثم يتكلم لغة خاصة به، مما يجعل العامة يعتقدون بتقمص احد الأرواح الشريرة له وإبعادها بالبخور والسحر والخ. ويصل أحيانا اضطراب الوعي إلى حالة السباق الهستيري وفيها يتوقف الفرد عن أي حركه ويصبح في حالة من التأمل والتعمق الذاتي والنشوة. وكأنه متصل بعالم آخر ويوجد ذلك في محترفي اليوجا وفي بعض الفلسفات الصوفية والمجذوبين دينيا .

رابع عشر: الانتحار Suicide :

تعريف الانتحار وطبيعته:

من الجوانب الجديرة بالاهتمام عند دراسة الانتحار، تحديد مفهومه فقد اتجه بعض الباحثين إلى وضع تعريف الانتحار من خلال تأكيدهم على عنصر

المعرفة وإدراك النتيجة الناشئة من فعل يؤدي إلى الموت فقد عرف دوركايم Durham (١٨٩٧) الانتحار على أنه "كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة أو غير مباشرة عن فعل إيجابي أو سلبي يقوم به الفرد بنفسه وهو يعرف أن هذا الفعل يصل به إلى الموت) .

وقد اقتصر بعض الباحثين على المعنى اللغوي في تعريفهم للانتحار حيث عرفه "مكرم سمعان" (١٩٦١) بأنه كل فعل أو أفعال يقوم بها صاحبها لقتل نفسه بنفسه وقد تم له ذلك وانتهت حياته نتيجة هذه الأفعال وكذلك عرفه "إبراهيم مدكور" ١٩٧٥ على انه قتل الإنسان لنفسه .

كما ذهب البعض لباحثين في تعريفهم للانتحار إلى التمييز بين نوعين من الانتحار هما الانتحار الحقيقي – أي الموت الجسدي – والانتحار النفسي ، وقد عرفه وليم الخولي (١٩٧٦) بأنه قتل الإنسان لنفسه عمدا كما عرف نوعا آخر يسمى بالانتحار النفسي psychic suicide على أنه نوع من الانتحار غير الصريح حيث يزهد البعض فى الحياة تماماً ويبغضونها وتدفعهم عوامل اليأس إلى تحطيم أنفسهم فيصابون بحالات مرضية .

. وبالنظر لمجموعة التعريفات السابقة نجد أنها تشير إلى أن الانتحار فعل أو حدث منفرد إلا أن بيك وآخرين (١٩٧٩) رفضوا ذلك وأشاروا إلى أن الانتحار ليس حدثاً منعزلاً بل هو عملية معقدة وأن السلوك الانتحاري يمكن تصوره باعتباره واقعاً على متصل لقوة كامنة تشمل تصور الانتحار ثم التأملات الانتحارية يليها محاولة الانتحار وأخيرا إكمال هذه المحاولة .

ويتفق بونر وريتش Bohner & rich ١٩٨٧ مع ما أشار إليه بيك وآخرون ١٩٧٩ في كون السلوك الانتحاري عملية ديناميه معقده بدلا من كونه حدثا منعزلا ثابتا فقد عرفا السلوك الانتحاري بأنه "عملية مركبة" من مراحل مختلفة تبدأ بتصور الانتحار الكامن وتتقدم خلال مراحل من تأمل الانتحار النشط ثم التخطيط للانتحار النشط وفي النهاية تتراكم محاولات انتحار نشطة

لدى الفرد. وقد يتذبذب مركز الفرد في هذه العملية وفقا لتأثير العمليات البيولوجية والنفسية والاجتماعية".

معدلات انتشار الانتحار:

الانتحار ظاهرة واسعة الانتشار بين المراهقين والراشدين. فالاتجاه المرضي لزيادة معدلات الانتحار بالنسبة للشباب قد تم تسجيله على نحو جيد على مر السنوات القليلة الماضية، واتضح أن معدل الانتحار بين أولئك الذين يقعون في المرحلة العمرية من ١٥- ٢٤ سنه قد تضاعفت إلى ثلاث مرات تقريبا في العشرين سنة الأخيرة.

وقد أشار دافيز Davis ١٩٨٥ إلى أن معدل الانتحار الكامل لدى المراهقين والشباب ذوي الأعمار ١٥-٢٤ قد زاد إلى ما يقرب من ٣٠٠% على مدى العقود الثلاثة الماضية .

وفي مسح قام به رود Rudd ١٩٨٩ على عينة من طلاب الكليات توصل إلى أن أكثر من ٤٣% من هؤلاء المشاركين شعروا بمستوى معين من تصور الانتحار خلال السنة السابقة للمسح ومن هؤلاء وجد أن ١٤,٥% تصرفوا بشكل ما وفقا لذلك التصور دون القيام بمحاولات انتحار وأن ٥,٥% منهم قاموا بمحاولات انتحار فعلية.

وكذلك أشار شريف وكانكل Shreve & kankel ١٩٩١ إلى أن نسبة الوفيات بسبب الانتحار في أمريكا تزداد إلى ٤٠% كما أشار أيضاً إلى أن هذه الإحصائيات لا تشمل عددا كبيرا من الوفيات التي لم تسجل كانتحار ،لإنقاذ العائلات من العار الاجتماعي للانتحار .

وقد توصل ببتري وبروك Patria & Brook ١٩٩٢ إلى أن ٨٨,٧ % من عينة دراستهما ادخلوا المستشفى بسبب جرعه زائدة من العقاقير وأن ٤,٧% حاولوا إيذاء أنفسهم وأن ٦,٦% حاولوا الانتحار من خلال إطلاق الرصاص على أنفسهم أو القفز من أماكن مرتفعة أو الشنق.

وعن الإحصائيات الحديثة في مصر، فقد أسفرت عن أن معدلات الانتحار ومحاولته ارتفعت بشكل كبير حيث وصلت النسبة إلى ٣٨ لكل ١٠٠,٠٠٠ في القاهرة بينما وصلت نسبة الانتحار الفعلي إلى ٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ كذلك كان ٦٠% من محاولي الانتحار في مصر من الذين تتراوح أعمارهم من ١٥-٢٤ سنة بينما بلغت النسبة لدى طلاب الجامعة ١٠% أما عن المشاعر الانتحارية لدى طلاب الجامعة فقد وصلت نسبتها إلى ١٢,٦% .

وجدير بالإشارة هنا أن الأرقام والنسب السابق ذكرها لا تعبر عن الشكل والحجم والحقيقيين للمشكلة ، وذلك لان هناك عدم دقة في التقديرات الإحصائية عند رصدها لمحاولات الانتحار لأسباب عديدة منها أن كثيرا من حالات الانتحار لا تسجل في المستشفيات كما أن نسبة كبيرة ممن يسجلون، يتم تسجيلهم على أنها مجرد حوادث طارئة .

ومما سبق يتضح أن أهمية المشكلة لا تعني مجرد الانتشار المرتفع للظاهرة ذلك لأن النظرية السيكولوجية تتضمن العملية المرضية في الفرد دون أن تضم في ثناياها العملية الإنتشارية من فرد لآخر، وبالتالي فإن الانتشار مع عدم دقته وانخفاضه عن التقدير الحقيقي ليس هو المعيار الحقيقي لأهمية المشكلة، وإنما تكمن أهمية المشكلة في كيف هذا الانتشار كيف خاصة إذا وجدنا أن ظاهرة الانتحار لا تنتشر بين جميع فئات العمر وإنما تتركز في الفئة العمرية من ١٥-٢٤ سنة وفي العشرينات بوجه عام وهي فئة الشباب وما يمثله من قوة في بناء مجتمعه وما يمثله أيضاً من مستقبل لهذا المجتمع .

وعن الفروق بين الجنسين في محاولات وطرق الانتحار الناجحة يشير وريتش وآخرون إلى أن الذكور أكثر دافعية في محاولات الانتحار الناجحة أكثر من النساء وذلك لان الذكور يخافون من عدم المرغوبية الاجتماعية، كما يخافون أيضاً أن يظهروا بمظهر الضعف باعتبارهم انتحاريين ولهذه الأسباب فإنهم حينما يقومون بمحاولات انتحار فتكون ناجحة غالباً. كما أشار ريتش وآخرون أيضاً أن الذكور يستخدمون الأسلحه النارية والشنق في محاولات

انتحارهم أما الإناث فيستخدمون العقاقير أو يقطعن الأوردة الدموية بأيديهن في محاولات انتحارهن .

الاكتئاب والانتحار :

يعتبر الاكتئاب من أهم العوامل المرتبطة بالانتحار حيث يعد الاكتئاب من أكثر التشخيصات النفسية المرتبطة بالانتحار إذ أن المكتئب شخص محبط ورافض للحياة وينتحر حوالي ١٥% ممن لديهم اكتئاب شديد، وبين المنتحرين لوحظ أن ٨٠% منهم كانوا يعانون من الاكتئاب، كما لوحظ أن ٢٥ % من المنتحرين كانوا مدمنين حيث إن إدمان بعض المواد يطلق المثبطات لدى المرضى المكتئبين فيجعلهم يقدمون على الانتحار .

وبالرغم من أن غالبية حالات الانتحار قد لا تتناسب كأحسن ما يكون في أي تصنيف مرضي معين إلا أن الاضطرابات الاكتئابية واضطرابات الهوس والقلق واضطرابات الذعر وغير ذلك من الاضطرابات النفسية تكون متعلقة ببعض أشكال الانتحار. ويعتبر الاكتئاب هو أكثر الاضطرابات النفسية تكرارا لدى محاولي الانتحار .

وهذا ما أشار إليه "ويرزبيكي" بان محاولة الانتحار مرتبطة بمتغيرات سلوكية ونفسية معينة مثل الاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية وضغوط الحياة الشديدة والألم أو المرض والفقد الحديث لأي شخص أو شيء عزيز واستخدام المخدرات والكحول .

وفي تتبع طويل المدى وجد أن ١٥% من الأفراد المكتئبين يقتلون أنفسهم في النهاية كما لوحظ أن ٦٠% تقريبا من حالات لانتحار ترجع إلى الاكتئاب أو الاكتئاب المصحوب بسوء استخدام الكحول .

وفي إطار دراسات الإمبيريقية التي أجريت للتحقق من جوهرية العلاقة بين الانتحار والاكتئاب أجرى ديك دراسة بهدف التعرف على الاتجاهات الإيجابية والسلبية التي تكمن وراء تصور الانتحار ومقياس اليأس

وقائمة أسباب الحياة على عينة من طلاب الجامعة وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط موجب جوهري بين الاكتئاب وكل من اليأس وتصور الانتحار ، بينما ارتبطت أسباب الحياة ارتباطا سالبا جوهريا بكل من اليأس والاكتئاب وتصور الانتحار .

ويبدو من عرض الدراسة السابقة وجود ارتباط موجب جوهري بين الاكتئاب والانتحار كما أن الاكتئاب يعتبر من أقوي المنبئات بالانتحار وهذا ما أشارت إليه معظم نماذج العوامل المتعددة المراجعة حيث حُدد الاكتئاب باعتباره أفضل منبئ منفرد لتصور الانتحار .

وقد أجريت عدة دراسات إمبريقية للتحقق من صحة هذا الافتراض النظري ومن هذه الدراسات تلك الدراسة التي أجراها ليستر وعبد الخالق على عينتين من طلاب الجامعة أحداها أمريكية. والثانية كويتية. وطبق الباحثان قائمة بيك للاكتئاب ومقياس بيك لليأس وتم سؤال الطلاب عن الأفكار الانتحارية التي راودتهم في الماضي والحاضر بالإضافة إلى استخدام بعض المقاييس الأخرى. وتوصلت الدراسة إلى نتائج عديدة تشير في مجملها إلى وجود مستوى من الأفكار الانتحارية لدى الطلاب الكويتيين أكثر منها لدى الطلاب الأمريكيين ، وقد تنبأ الاكتئاب أكثر من المتغيرات الأخرى وبشكل جوهري بتصور الانتحار لدى كل من العينة الأمريكية والعينة الكويتية .

كذلك تم التحقق من افترض النظري السابق لدى العينة م طلاب المدارس الثانوية في الدراسة التي أجراها (دي مان De Man) والتي هدفت إلى فحص المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بتصور الانتحار حيث طبق الباحث كلا من قائمة بيك للاكتئاب ومقياس تقدير الذات وقائمة مسح خبرات الحياة واستخبار المساندة الاجتماعية على عينة من طلاب المدارس الثانوية وأسفرت النتائج عن أن عزل تأثير الاكتئاب أدى إلى تضاؤل حجم الارتباط بين تصور الانتحار وكل من تقدير الذات وأحداث الحياة والمساندة الاجتماعية.

كما تم التحقق من هذا الافتراض النظري لدى عينه من المسجونين وذلك من خلال الدراسة التي أجراها دير على عينه من المسجونين طبق عليهم مقياس بيك للاكتئاب ومقياس الاندفاعية المختلة وظيفياً functional dysfunctional impulsitivity scale , ومقياس تصور الانتحار وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط موجب جوهري بين الاكتئاب وتصور الانتحار بعد عزل درجات الاندفاعية المختلة وظيفياً بينما جاء الارتباط غير الجوهري بين الاندفاعية المختل وظيفيا وتصور الانتحار حينما تم عزل درجات الاكتئاب .

وإن كان الاكتئاب يعتبر أقوى منبئ بالنسبة لتصور الانتحار عن المتغيرات النفسية الأخرى المعنية في الدراسات السابقة إلا أن هذا الأمر أثار جدلاً كبيراً بين الباحثين حيث أنه لا بد أن يصاحب اليأس الاكتئاب حتى تزداد احتماليه وقوع الانتحار .

أسباب الانتحار وتفسيراته :

تتعدد أسباب الانتحار ويرجع ذلك الأمر إلى اختلاف التوجهات النظرية التي اهتمت بتفسير ظاهرة الانتحار وأسبابها وعوامل نشأتها وسوف نوضح التفسيرات النظرية لظاهرة الانتحار على النحو التالي :

أولاً: التفسيرات النفسية :

١ـ تفسيرات نفسية ذات اتجاه تحليلي :

ينظر المحللون النفسيون للانتحار باعتباره ظاهره نفسية داخلية وباعتباره راجعا إلى اضطراب العلاقات البينشخصية وفيما يلي التفسيرات التحليلية للانتحار على النحو التالي :

أـ الانتحار باعتباره ظاهرة نفسية داخلية: Intrapsychic

وهنا يتم تفسير الانتحار على أساس وجود الم نفسي لا يحتمل ، ويكون هذا الألم شعورياً. فحينما يكون الموقف غير محتمل ويريد الشخص اليائس أن

يخرج منه فيلجأ إلى الانتحار وهذا ما لاحظه (مواري) بأن الانتحار وظيفة لأنه يريد أن يلغي توتر مؤلما للفرد وأنه يقدم شفاء من معاناة غير محتملة.

كما يفسر الانتحار طبقا للتقلص المعرفي ذلك الذي يشير إلى الجمود في التفكير وصعوبة التركيز والرؤية المعتمة. فالشخص الانتحاري من الناحية المجازية يكون مسمما أو مخدرا بالتقلص ولا يعرض عند اللحظة التي تسبق موته سوى تشوشات خاصة بصدمة أو جرح (مثل الفشل في العمل –رفض من الأفراد القريبين منه) وفي مواجهة الصدمة يصبح الحل هو التقلص المعرفي الذي يمثل أخطر أشكال العقل الانتحاري .

كما يفسر الانتحار طبقاً للتعبيرات غير المباشرة indirect expressions فالشخص الانتحاري يتسم بثنائية الوجدان، ليس فحسب بالنسبة للحب والكراهية ولكن قد يكون هناك صراع بين البقاء والألم غير المحتمل. ويخبر الشخص الانتحاري إذلالا وخضوعا وولاء وطاعة أو ضربا بالسياط وحتى مازوخيه في بعض الأحيان. وعلاوة على ذلك لا يكون الشخص الانتحاري شاعرا سوى بجزء من العقل الانتحاري وتكون القوى الحافزة للانتحار وهي عمليات لا شعورية إلى حد كبير .

كذلك يفسر الانتحار باعتباره راجعا إلى ضعف الأنا، حيث تحدد الأنا باعتبارها جزء العقل الذي يتفاعل نع الحقيقة ولها إحساس بالفردية. وبناء على ذلك فقوة الأنا هي عامل وقائي ضد الانتحار، أما ضعف الأنا فيرتبط على نحو إيجابي مع خطورة الانتحار فالأشخاص الإنتحاريون يعرضون على نحو متكرر ضعفاً نسبياً في قدرتهم على تنمية ميول تشييدية والتغلب على صعوباتهم الشخصية ويرجع ضعف الأنا إلى أحداث الحياة الجارحة مثل (الخسارة – الرفض – الفشل) .

الانتحاركاضطراب في العلاقات البين شخصية: Interpersonal relations disorder

إن الشخص الانتحاري لـه مشاكل في تأسيس أو البقاء على علاقة بينشخصية (العلاقة بالموضوع المحبوب) فيوجد على نحو متكرر كوقف

بينشخصـي غيـر محـتمل (نكبـه سـائدة) وربمـا كـان النمو الإيجابـي فـي تلـك العلاقات المضطربة هو الحل الوحيد للاستمرار في الحياة ولكن مثل هذا النمو كان يرى باعتباره لم يحدث، فتحبط الحاجات النفسية للإنسان، ويقدم الفرد على الانتحار بسبب الإحباط الحاجات النفسية على نحو بينشخصـي .

كما يفسر الانتحار أيضاً وفق لفرض الرفض - العدوان rejection aggression hypothesis حيث يعتبر الفقد loss أمرا أساسيا في الانتحار فالفقد غالبا ما يكون رفضا يُخبر هجر. أنه إيذاء نرجسياً غير محتمل وإيذاء يؤدي إلى كراهية موجهه نحو الآخرين ولوم للذات. وباعتبار إن الشخص الانتحاري يتسم بثنائية وجدانية عميقة وفي نطاق تلك الثنائية فقد يصبح الانتحار نكوصا إلى دوافع قاتلة للذات وقد يكون الانتحار عدوانا محجوبا .

ووفقاً لفرض التوحد – الخروج egression identification hypothesis فقد اقترح فرويد أن التوحد الشديد مع شخص مفقود أو مرفوض أو كما وضح زيلبورج zilboorg أن التوحد مع أي فقد مثالي (الحياة العملية – الحرية – الصحة) يكون حاسما في فهم الشخص الانتحاري ويحدد التوحد بأنه ارتباط (صلة) قائمة على رابطه انفعاليه هامة مع شخص آخر (موضوع) أو أي مثالي. وإذا لم تتحقق هذه الحاجة الانفعالية فان الشخص الانتحاري يخبر ألما عميق (عدم الراحة) ويريد أن ينبثق بمعنى أن يترك أو يخرج أو يغادر ليكون ميتاً.

ثانياً : تفسيرات نفسيه ذات اتجاه غير تحليلي :

وتتميز تلك التفسيرات عن التفسيرات التحليلية في كونها لا تفترض وجود مجموعة من الديناميات النفسية أو سيناريو لا شعوري شامل ولكنها تؤكد على مظاهر نفسيه معينة تبدو ضرورية لوقوع حدث الانتحار المهلك وتتمثل هذه المظاهر في الآتي :

١- تشوش حاد أي زيادة في حالة الاستياء العام الفرد

٢- عدائية مرتفعة وزيادة في إنكار الذات وكراهية الذات والإحساس بالعار والشعور بالذنب ولوم الذات .

٣- زيادة حادة وفجائية تقريبا في انخفاض التركيز العقلي أو تقليل عمليات التفكير وتضييق المحتوى العقلي وضعف القدرة على رؤية اختبارات حيوية والتي يمكن أن تحدث على نحو عادي للعقل .

٤- فكرة التوقف والاستبصار الذي يمكن أن يضع نهاية للمعاناة بتوقف الانسياب غير المحتمل ويفهم الانتحار في هذا السياق ليس كحركة نحو الموت (أو التوقف) ولكن يفهم كنوع ما للهروب من انفعال لا يحتمل .

ثالثاً: التفسيرات الاجتماعية للانتحار :

إن تناول ظاهرة الانتحار باعتبارها ظاهره نسبية بحتة يجعل المشكلة أحادية البعد ويعزل الفرد كجهاز مغلق عن ببقية المثيرات الاجتماعية التي تحيط به والتي تؤثر فيه، وعلى هذا الأساس قام علماء الاجتماع بتقديم تفسيرات اجتماعيه لظاهرة الانتحار .

فقد ذهب "إميل دوركايم" إلى إن ظاهرة الانتحار كظاهرة اجتماعية ترتبط أساسا بالنظام الاجتماعي وما يطرأ عليه من ظروف تغير مفاجئة أو ما يجري على الجماعات الاجتماعية.

وقد اقترح دوركايم أربعة أنواع للانتحار جميعها تؤكد على قوة أو ضعف علاقات الشخص. فالانتحار الأناني egoistic suicide حينما يكون للفرد روابط قليلة جداً بالمجتمع. والانتحار الإيثاري altruistic suicide حينما يكون للشخص روابط اجتماعية قوية جداً لدرجة انه يضحي بنفسه من أجل الجماعة ويحدث الانتحار اللامعياري anomic suicide حينما تتحطم فجأة العلاقة المعتادة بين الفرد والمجتمع مثل وقوع الصدمة وفقد مباشر للعمل أو صديق حميم أو ثروة، ويحدث الانتحار الجبري fatalistic suicide

من تنظيم متزايد يفرض على الأشخاص مثل العبيد حيث لا يروا بصيص أمل للحرية في المستقبل .

ويشير دوجلاس الذي اختلف مع وجهة نظر دوركايم إلى أن المعاني الاجتماعية للانتحار تختلف بشدة فكلما تكاملت المجموعة على نحو اجتماعي أكبر كلما زاد اشمئزازها من الانتحار. كما أن ردود الأفعال الاجتماعية للسلوك للانتحاري يمكن أن تصبح نفسها جزء من أسباب نفس التصرفات التي تسعى المجموعة إلى ضبطها. ويعتقد "ماريس" أن النظرية المنهجية للانتحار يجب وان تتضمن رابع فئات واسعة الانتشار على الأقل من المتغيرات تلك التي تخص الشخص والسياق الاجتماعي والعوامل البيولوجية والسلطة السياسية التي غالباً ما تتضمن السير الانتحارية .

علاج الانتحار :

توجد صعوبة بالتنبؤ بالانتحار ولذلك يعتبر الانتحار أكثر الطوارئ النفسية حيث أنه يصعب التعرف بدقة لدى المنتحرين. ومرضى الانتحار غالباً لا يقبلون العلاج في العيادات الخارجية كما أنهم يقاومون دخول المستشفيات ويكونون عرضة لتكرار محاولات الانتحار أثناء العلاج .

وبصفة عامة يمكن علاج بعض حالات الانتحار في العيادات الخارجية مع وجود نوع من التدعيم الاجتماعي ومع عدم وجود خلطه للانتحار وعدم وجود سلوك اندفاعي للقيام بالانتحار أما إذا لم تتوفر تلك الضمانات فيجب أن تدخل تلك الحالات إلى المستشفى للعلاج .

وهناك وسائل إرشادية نفسية يمكن أن نساعد بها محاولي الانتحار وهي :

١- تقليل الألم النفسي بلديهم

٢- تهيئه الجو الأسري

٣- خفض الضغوط الشديدة الواقعة عليهم سواء في المدرسة أو العمل

٤- تقديم بدائل الانتحار من خلال تدريبهم على حل المشكلات

علاوة على ذلك فان استخدام مضادات الاكتئاب يمكن أن تساعد في علاج تلك الحالات، كما يجب إخضاعهم للعلاج النفسي للاكتئاب حيث يعتبر الاكتئاب أهم العوامل المرتبطة بالانتحار .

خامس عشر: الكذب كسلوك مرضي:

من المشكلات التي تتصل بالخوف اتصالاً وثيقاً مشكلة الكذب، ويرى بعض الباحثين ؟أن الكذب الحقيقي عند الأطفال لا ينشأ إلا عن خوف، والغرض الأساسي منه حماية النفس – ونظراً لشيوع الكذب وأهميته البالغة تتجه لدراسته قائماً بذاته، ويرجع الاهتمام بهذا الموضوع إلى أسباب عدة :

أولها: أن الكذب يستغل في العادة لتغطية الذنوب والجرائم الأخرى .

ثانيهما: وجود علاقة كبيرة بين خصلة الكذب وخصلتي السرقة والغش وقد وجد الباحثون في جرائم الأحداث بنوع خاص أن من اتصف بالكذب يتصف عادة بالسرقة والغش، ولا غرابة في هذا إذا علمنا أن هذه الخصال الثلاث تشترك في صفة واحدة وهى عدم الأمانة في وصف الحقائق، نجد أن السرقة هي عدم الأمانة نحو ممتلكات الآخرين، وأن الغش هو عدم الأمانة في القول أو الفعل بشكل عام.

معنى الصدق والكذب:

ولنبدأ أولا بتحديد معنى الصدق ومعنى الكذب، فكثيراً ما يشكل علينا الأمر فيما إذا كنا نعتبر الشخص كاذباً أو صادقاً – ويخيل إلينا لأول وهلة أن الصدق هو مطابقة القول للواقع. ولكن كثيراً ما يحدث ألا يكون القول مطابقاً للواقع، ومع ذلك نعتبر الشخص صادقاً كقول القدماء مثلاً بأن الأرض مسطحة وكقولهم أحياناً: أن الشمس تدور حولها وغير ذلك وكثيراً ما يحدث أن يكون القول مطابقاً للأصل ولكنا نعتبر أن الشخص كاذب، كقول بعضهم: ويل للمطففين، ثم الوقوف عند ذلك.

ويهمنا في الصدق أن تكون النية متوفرة لمطابقة القول للواقع مطابقة تامة، ويلاحظ في الكذب توفر النية لعدم المطابقة والتضليل، ولا ضرورة للتوسع في هذا فهو بحث طويل، ويحسن أن تترك الكلام فيه إلى أكاذيب الأطفال ونحن نعلم أن الأطفال كثيراً ما يكذبون، فليس بغريب على الطفل أن ينكر أمام والديه فعلة قد أتاها، كما إذا كسر آنية أو خرب شيئاً ثميناً مثلاً ولكن الغريب أن يتألم الآباء لهذا أشد الألم ويقلقون له وينزعجون، معتبرين أن الكذب فاتحة لعهد تشرد وإجرام في تاريخ حياة أطفالهم .

وقد أجريت العادة أن ينصب الآباء على الأبناء بالتقريع و الإذلال والتشهير والضرب اعتقاداً منهم أنهم بذلك يصلحون أبنائهم، ويقطعون دابر الكذب منهم ولكن أغرب من هذا أن تأتى هذه المعاملة بعكس ما يتوقع منها من نتائج، فيصر الأطفال عادة على صحة كلامهم، ويقتنون في إخفاء الحقائق وتزيفيها .

الاستعداد للكذب:

وقبل التوغل في الموضوع يجب أن نتذكر أن الأمانة في القول أو في غيره خصلة مكتسبة وليست فطرية، وهى صفة تتكون فى المرء عن طريق التقليد والتمرين وغير ذلك من طرق التعلم المختلفة، ويجب أن نتذكر أيضاً أن الكذب ما هو إلا عرض ظاهري، والأعراض لا تهم كثيراً في ذاتها، وإنما الذي يهم هو العوامل والدوافع النفسية والقوى التي تؤدى إلى ظهور هذا العرض.

وهناك استعدادان يهيئان الطفل للكذب :

أولهما: قدرة اللسان ولباقته، ولعل هذا يوافق ما كانت جداتنا يقلنه عن بعض الأطفال على سبيل المزاح فكن يعتبرن أن الطفل الذي يخرج في الأسابيع الأولى لسانه ويحركه يمينه ويسره سيكون في مستقبل حياته قوالاً كذاباً .

ثانيهما: خصوبة الخيال ونشاطه، فخصوبة الخيال هي التي دفعت طفلاً صغيراً لم يتجاوز الثالثة من عمره لأن يقول بأن برغوثاً كبيراً خرج من كتاب أخته وطار إليه ليلسعه، وذلك بعد أن كان قد رأى صورة مكبرة لبرغوث في كتاب للمطالعة كانت تقرؤه أخته وما ذكره الطفل نفسه عن أنه رأى قطة ذات قرون، وكان هذا بعد إحضار أهله خروف العيد فانتزعت مخيلته قرون الخروف وركبتها على رأس قطته، وصار يقول باسماً منشرحاً بأنه رأى قطة ذات قرون، وادعى طفل آخر بأنه رأى رجلاً ذا أنفين وأنه رأى فانوس الشارع يطرح موزاً، إلى غير ذلك من الأمثلة المتعددة المألوفة التي تظهر في ألعاب الأطفال المصحوبة بالخيال، والتي تسمى باللعب الإيهامي، والتي يمثلون فيها آباء وأمهات وعرائس وفرساناً ولصوصاً وغير ذلك.

أنواع الكذب:

١- الكذب الخيالي:

يسمى هذا النوع من الكذب بالكذب الخيالي، وإذا حكمنا على الطفل الذي يصدر منه هذا النوع من الكلام بأنه كاذب، كان ذلك كحكمنا على الشاعر، أو الروائي أو المسامر بأنه كاذب في المادة التي يأتينا بها بمساعدة خياله الخصب ولسانه الذلق.

ومما يريح نفوس الآباء والمدرسين أن يعلموا أن هذا ليس إلا نوعاً من أنواع اللعب يتسلى به الأطفال .وعند كشف هذه القوة الخيالية الرائعة يحسن توجيهها والاستفادة منها ولتوضيح معنى الاستفادة نأتي بالمثال الآتي:

كانت هناك بنت صغيرة اعتادت أنْ تجلس إلى والديها وتقص عليهما حكايات عجيبة وتدعى بأنها حقيقية وكانت تسترسل في حديثها استرسالاً مشوقاً جذاباً يملك تفكير المستمعين وانتباههم، فأخذها والدها إلي إحدي العيادات النفسية الشهيرة في لندن لمعالجتها من هذا النوع من الكذب.

فلما درس المتخصص النفسي حالة هذه البنت وجد أنها على مقدار عظيم من الذكاء وأنها رائعة الخيال طلقة اللسان فأشار على والديها بأن يفسحا لها مجال التأليف والتمثيل وبعد مدة قصيرة نبغت فى التمثيل والأدب نبوغاً ظاهراً، فألفت عدداً من الروايات وقامت بإخراجها على مسرح المدرسة وكان هذا فاتحة لمستقبل باهر لها .

وإذا لم تتح للطفل فرصة توجيه هذه الملكة وإنمائها فلا داعي للقلق والاهتمام بعلاج هذا النوع من الكذب، فالزمن وحده كفيل بذلك، ولكن قد يفيد إذا نحن سألناه بطريقة لطيفة بين حين وآخر إن كان متأكداً من صحة ما يقول، وإذا نحن جعلناه يحس من نبرات صوتنا بأننا نحب هذا النوع من اللعب ونشاركه فيه مشاركة فعلية فنبادله قصة بقصة وخيالاً بخيال ونشعره أيضاً بأن هذه القصص مسلية ولكنها مخالفة للواقع .

ويقرب من هذا النوع إلى حد كبير نوع آخر يلتبس فيه على الطفل الخيال بالحقيقة ولذلك فهو يسمى الكذب الإلتباسى .

٢ - الكذب الإلتباسى:

وسببه أن الطفل لا يمكنه التمييز عادة بين ما يراه حقيقة واقعة وما يدركه واضحاً فى مخيلته، فكثيراً ما يسمع الطفل حكاية خرافية أو قصة واقعية، فسرعان ما تملك عليه مشاعره وتسمعه فى اليوم التالى يتحدث عنها كأنها وقعت له بالفعل .

ومن هذا النوع ما وقع من أن طفلاً شديد الخيال فى الرابعة من عمره رأى فى غرفة الزائرين شيخاً معمماً مستدير الوجه واسع العينين عريض الجبهة فذهب إلى جده وأبلغه أن "الشيخ محمد عبده " ينتظره في غرفة الزائرين واتضح أن جد الولد كان قبل ذلك بأيام قلائل يصف الشيخ فى مجلس من مجالسه لبعض زائريه، وكان الطفل يستمع فارتسمت في ذهنه بعض الأوصاف، فلما جاء الزائر قال الولد أن هذا هو "الشيخ محمد عبده"، وكثيراً ما يحدث أن يقص الطفل قصة عجيبة ولو تحقق الولدان الأمر لعرفا أنها وقعت

للطفل فى حلم، ومن هذا النوع أن بنتاً في الرابعة قامت من نومها تبكى بالفعل وتقول أن بائع الثلج المقيم فى آخر الشارع ذبح خادمتها في منتصف الطريق ووصفت بشيء من التطويل كل ما رأته فى الحلم ولم تفرق الطفلة بين الحقيقة والحلم فقصت كل هذا على أنه حقيقة وكان ضرورياً إذ ذاك توضيح ما جرى للطفلة .

وهذا النوع من الكذب يزول عادة من تلقاء نفسه إذا كبر الطفل ووصل عقله إلى مستوى يمكنه فيه أن يدرك الفرق بين الحقيقة والخيال وليس معنى ذلك أن نتركه حتى يزول من نفسه، فشئ من الإرشاد مع مراعاة مستوى عقل يفيد فائدة كبيرة من الناحيتين الانفعالية والإدراكية .

ويمكن أن نسمى هذين النوعين من الكذب بالكذب البريء، وننتقل منهما الآن إلى أنواع أخرى .

٣- الكذب الإدعائى :

من أمثلته أن يبالغ الطفل في وصف تجاربه الخاصة ليحدث لذة ونشوة عند سامعيه وليجعل نفسه مركز إعجاب وتعظيم. وتحقق كل من هذين الغرضين يشبع النزوع للسيطرة، ومن أمثلة ذلك أن يتحدث الطفل عما عنده في المنزل من لعب عديدة أو ملابس جميلة، والواقع أنه ليس عنده منها شئ أو يفاخر بمقدرته في الألعاب أوفى القوة الجسمية دون أن يكون له فيها أية كفاية وكثيرون من الأطفال يتحدثون عن مراكز آبائهم وكفايتهم وصداقتهم لحاكم البلد بل سيطرتهم عليه ..... إلى غير ذلك مما يخالف الواقع عادة، وأمثلة هذا النوع كثيرة لا حصر لها.

فهذا الكذب موجه عادة لتعظيم الذات وجعلها مركز الانتباه والإعجاب ينشأ عادة من شعور الطفل بنقصه وتعظيم الذات عن طريق الكذب، لتغطية هذا الشعور بالنقص، وإذا سلمنا بهذا علمنا أن هذا الكذب الإدعائى قد يتسبب في بعض الحالات عن وجود الطفل في بيئة أعلى من مستواه في ناحية ما، مما قد يجعله يتوق للوصول إلى هذا المستوى فإن لم يتمكن من الوصول إليه بالطرق

الواقعية الحقيقية، حاول ذلك بطرق بعيدة عن الحقيقة مخالفة للواقع يخترعها من مخيلته.

وبعبارة أخرى قد يتسبب الكذب الإدعائى عن عدم مقدرة الطفل على الانسجام مع من حوله، وعن ضيق البيئة التي يعيش فيها كالمنزل مثلاً، بالنسبة للبيئة التي تضطره ظروفه لها كالمدرسة أو عن كثرة الإذلال والقمع الواقعين عليه ممن حوله من الذين لا يريدون له الظهور، ففي مثل هذه الأحوال يحسن أن نكتشف النواحي الطيبة في الطفل، ونوجهها لتنبت نباتاً حسنا، ونشعره حقيقة بأنه وإن كان يقل عن غيره في ناحية ما فإنه يفوقهم في نواح أخرى كثيرة، فيتمكن الطفل بذلك من أن يعيش في عالم الواقع بدلاً من أن يعيش في عالم خيالي واه ينسجه لنفسه وبهذا ترتد للطفل ثقته ويزول عنه إحساسه بنقصه.

ومن أنواع الكذب الإدعائى أن الطفل يدعى المرض، أو يدعى أنه مضطهد مظلوم أو سيئ الحظ إلى غير ذلك، وهذا ليحصل على أكبر قسط ممكن من العطف والرعاية ويحدث هذا عادة من الطفل الذي لم يحصل من والديه على العطف الكافي، والذي وجد بالتجربة أنه يحصل على قسط وافر منه في حالة المرض أو المسكنة.

هذا النوع من الكذب، المعروف بالكذب الإدعائى يجب الإسراع إلى علاجه في حالة الصغر، وإلا نما مع الطفل وزاد حتى أصبح ديدناً له يصاحبه في غدوه ورواحه وهذا ما يسمى عند العامة (بالمعرة) وكثير من الناس يتحدثون عن رتبهم أو كفايتهم أو أوسمعتهم أو شهاداتهم، وعن أسفارهم وأبحاثهم، وجلائل أعمالهم وخدماتهم ونحن على ثقة من أنهم لم يؤتوا شيئاً ولم يقوموا بشيء.

٤- الكذب الغرضى أو الأناني :

وقد يكذب الطفل رغبة في تحقيق غرض شخصي ويسمى هذا النوع بالكذب الغرضى أو الكذب الأناني ومن الأمثلة الشائعة لهذا النوع أن يذهب

طفل لأبيه مطالباً إياه ببعض النقود مدعياً أن والدته أرسلته لإحضارها منه لقضاء بعض حوائج المنزل، والواقع أن الطفل كان يريدها لنفسه لشراء بعض الحلوى ومثال أخر من طفل كان يرسم على حيطان الحجرات بالفحم الذي يشترى في المنزل للتدفئة، فأحضر لـه والده سبورة ليرسم عليها، فيشغل بها عن الكتابة على الجدران أو التخطيط على أثاث المنزل. وفى يوم ذهب إلى والده طالباً قطعة من الطباشير فأخرج لـه أصبعاً وأعطاه نصفه فقط. ولما كان يريد الحصول على إصبع الطباشير كاملاً أخذ النصف الذي أعطاه إياه والده وخرج من حجرة الوالد، ثم غاب فترة قصيرة وعاد يقول أن قطعة الطباشير قد فقدت، فخرج معه والده وبحث عنها فوجدها مخبأة خلف السبورة فأخرجها لـه وقال لـه أنها لم تفقد، فقال الطفل ولكنها لا تكتب. في هذه الحالة كذب الطفل مرتين، وكان غرضه من هذا الحصول على نصف الأصبع الأخر ولعل الدافع للكذب الغرضى أو الأناني هو عدم توافر ثقة الطفل بالكبار المحيطين به، نتيجة عدم توافر ثقته في والديه لكثرة عقابهم لـه ولوقوفهم في سبيل تحقيق رغباته و حاجاته.

٥- الكذب الانتقامي:

وفى أحيان كثيرة يكذب الأطفال ليتهموا غيرهم باتهامات يترتب عليها عقابهم أو سوء سمعتهم، أو ما يشابه ذلك من أنواع الانتقام .. ويحدث هذا كثيراً عند الطفل الذي يشعر بالغيرة من طفل آخر مثلاً أو عند الطفل الذي يعيش في جو لا يشعر فيه بالمساواة في المعاملة بينه وبين غيره وكثيراً ما يحدث هذا النوع من الكذب من فتيات في دور المراهقة فتكذب الواحدة منهن متهمة فتى بمحاولة التقرب منها والتحبب إليها. وقد تدل أمثال هذه الحوادث على أن الفتاة تقوم بعملية لا شعورية هى الإسقاط (إسقاط ماعليها على غيرها) والذي يترتب عليه سرورها لأن لديها – حسب ما ترى .. من الجاذبية الجنسية ما يحرك الشبان نحوها وقد تكذب الواحدة منهن لأنها ترغب في الانتقام من الفتى لعدم قيامه إزاءها بما كانت تتمناه منه .. وقد يحدث مثل هذا من البنين.

ويجب أن يكون الآباء والمعلمون في غاية الحرص إزاء هذا النوع من الاتهامات، إذ أنها تكون كثير من الأحيان على غير أساس كاف من الحقيقة .

٦- الكذب الدفاعي:

ومن أكثر أنواع الكذب شيوعاً الكذب الدفاعي، أو الكذب الوقائي، فيكذب الطفل خوفاً مما قد يقع عليه من عقوبة. وظاهر أن سبب الكذب هنا هو أن معاملتنا للطفل إزاء بعض ذنوبه تكونُ خارجة عن حد المعقول،وقد يكذب الطفل ليحتفظ لنفسه بامتياز خاص لأنه إن قال الصدق ضاع منه هذا الامتياز. مثال هذًا الطفل الذي يسأل عما بيده فيقول : أنه شئ حريف (يح) والواقع أن معه حلوى .. و كالطفل الإنجليزي الذي سئل مرة عما إذا كان يعتقد في (بابا نويل) (Father Christmas) فقال أنه بالطبع لا يعتقد في هذه الخرافة فقيل له : ولم لا تجاهر بهذا أمام أمك وأبيك ؟ فقال أنه يخشى أن يفقد شيئاً من عطفها عليه ويحرم من هداياهما له في عيد الميلاد. ومن أمثلة هذا أيضاً ما حدث مع أ. د. عبد العزيز القوصي منذ زمن، ذلك أنه كان خارجاً للتنزه فطلب من أبن أخيه وكان إذ ذاك في سن الثالثة أن يستعد ليخرج معه، فذهب ليستعد، وما مرت دقيقتان حتى عاد إليه قائلاً : (المشمش طلع يا عمى وأنا شفته) فلأول وهلة لم يدرك ما يقصده فسأله: (مشمش إيه اللي طلع ؟) فقال: (المشمش، علشان أروح وياك) وحتى بعد هذا لم يفهم ما يقصده، ولكن بعد الاستفهام وجد أنه كان قد قال للخادم في فرح وسرور: (أنا رايح أتفسح مع عمى) فقال له الخادم : (إيه..؟ ده لما يطلع المشمش) فتركه وأسرع إليهِ قائلاً: أن المشمش قد ظهر، وأنه رآه بالفعل .. فهنا كذب الطفل لأنه يخشى أن يحرم من الخروج معه أنه قال الحق. ولكن مثل هذه الحوادث لا توقفنا على صلة الكذب ببقية الشخصية ولبيان هذه الصلة يجب القيام بدراسة تفصيلية لإحدى الحالات .

لنأخذ حالة أخرى لولد عمره (١٤) سنة وهو متأخر جداً فى فصله بالسنة الثالثة الابتدائية ويتبول ليلاً فى فراشه وهو كثير الكذب إذ أنه لا يصرح

لوالديه بكل ما يفعل، فبعد انصراف المدرسة يذهب إلى المنزل في ساعة متأخرة ويقدم أعذاراً يتضح من البحث أنها غير صحيحة .

و الولد ثاني إخوته وهو كسلان في أداء واجبه يميل إلى الإفراط في اللعب ولكنه هادئ مطيع مسالم ويقبل فى الظاهر كل ما يفرض عليه. أخوه الأكبر لم يواصل تعليمه ويتحدث عنه الجميع في المنزل حديثاً مشيناً، ولو أنه يتمتع بقسط كبير من الحرية فهو يخرج للفسحة وللخيالة دون اى تقييد .. و أما صاحب الحالة فإنه يحرم من الخروج للنزهة ويقضى الإجازة الأسبوعية في المنزل خوفاً عليه من الترام والعربات والبحر وغير ذلك، ولا يسمح له بالذهاب مع أخيه الأكبر إلى الخيالة التي لا يذهب إليها في نظر والديه إلا المفسدون الأشرار .

والوالد رجل عادى في الظاهر، ولك الأم متشددة جداً وبلغ من تشددها أن كوت ابنها بالنار في جانبه لتبوله في أثناء الليل في فراشه والحالة الصحية للولد في حاجة إلى بعض العناية .

والذي يهم فيما نحن بصدده من هذه الحالة أحد أعراضها وهو الكذب وسببه – كما يبدو – الشعور بالنقص، والرغبة في وقاية النفس من السلطة الجائرة في المنزل ويلاحظ أن الولد كان يكذب في المنزل على حين لا يكذب قط في المدرسة .. ويلاحظ أن العوامل التي أدت مع أحد الأولاد إلى الكذب والمخادعة، أدت هي نفسها مع أخيه إلى التمرد والخروج عن الطاعة، ويمكن القول بأن الأول تكيف بالضعف والثاني تكيف بالقوة. وقد عولجت الحالة من الناحية الصحية وعدلت علاقة الولد بوالديه، وأرشدت الأم إلى ما كانت تحتاج إليه كتحديد النسل، إذ أن من بين أسباب تشددها وعصبيتها إرهاقها بكثرة الأولاد. وأرشدت الأسرة كذلك إلى اختيار مسكن تتوافر فيه الإضاءة، والتهوية، ودورة المياه الخاصة به والقرب من المدرسة ومن عمل الوالد فى الوقت نفسه، وأرشدت الأسرة كذلك الولد إلى ما يعمل إزاء التبول، والفسحة، والتغذية وإزاء المذاكرة من حيث تنظيمها وطرق أدائها وقد نجحت الحالة

نجاحاً باهراً لحسن استعداد الوالدين، وشغفها بإصلاح الولد، وإصلاح نفسيهما ولم تتكرر شكوى الوالدين بعد ذلك من كذبه، ولا من مشكلاته الأخرى.

ومن أنواع الكذب الوقائي كذلك الإخلاص أو الكذب الوقائي (Lie OF Lawtey) وفى هذه الحالة يكذب الطفل عادة على أصحاب السلطة عليه كالآباء أو المدرسين، ليحمى أخاه أو زميله من عقوبة قد توقع عليه، ويلاحظ هذا فى مدارس البنين أكثر منه فى مدارسً البنات، وفى المدارس الثانوية أكثر منه فى المدارس الابتدائية.. ذلك لأن الكذب الوقائي مظهر من مظاهر الولاء للجماعة، والولاء للجماعة يقوى في دور المراهقة، ويكون عادة عند البنين أكثر تبكيراً منه عند البنات.

٧- كذب التقليد:

وكثيراً ما يكذب الطفل تقليداً لوالديه، ولمن حوله .. إذ يلاحظ فى حالات كثيرة أن الوالدين نفسيهما يكذب الواحد منهما على الأخر مثلاً فتتكون فى الأولاد خصلة الكذب، وفى إحدى الحالات كان من شكاوى الوالدين كذب الطفل، واتضح أن أمه كانت توهمه بأنها تريد أن يصطحبها للنزهة، ثم يكتشف أنه يؤخذ للطبيب وأن والديه يخرجان ليلاً ويتركانه بعد أن يوهماه بأنهما ناما معه فى المنزل.

٨- الكذب العنادى:

وأحياناً يكذب الطفل لمجرد السرور الناشئ من تحدى السلطة، خصوصاً إن كانت شديدة الرقابة والضغط قليلة الحنو، وقد أشار "توم"إلى حالة تبول اللاإرادي وكانت الأم من النوع الشديد الجاف فكانت تقول للطفل إنه لا يجوز له أن يشرب قبل النوم ولكن الولد رغبة فى المعاندة فكر فى أن يقول أنه لا بد أن يغسل وجهه قبل النوم وعند غسله وجهه يشرب كميات من الماء وأمه واقفة إلى جانبه دون أن تتمكن من ملاحظة ذلك وكان الولد يشتق لذة كبيرة من استغلال غفلة أمه على الرغم من تشددها فى الرقابة .

٩- الكذب المرضى أو المزمن: (Pathological Lie or Mythmania)

وأحياناً يصل الكذب عند الشخص إلى حد أنه يكثر منه، ويصدر عنه أحياناً على الرغم من إرادته وهذا نلاحظه فى حالة الكذب الإدعائى لأن الشعور بالنقص يكون مكبوتاً ويصبح الدافع للكذب دافعاً لا شعورياً خارجاً عن إرادة الشخص وحالات الكذب المزمن معروفة فى كل زمان ومكان.

لنأخذ حالة توضح هذا النوع وهى حالة لولد أرسل بتهمة التشرد وجمع أعقاب اللفائف والولد عمره (١١) سنة وقال أن والدته ماتت وهو في الثانية من عمره وأبوه مات وهو في التاسعة والنصف وأن والده كان مزارعاً صغيراً في (شبين الكوم) وليس له أخوة ذكوراً كانوا أو إناثاً، وقال أنه هو ووالده كانا يعيشان في كوخ صغير، وكثيراً ما كان والده يتركه بمفرده في الكوخ ليلاً، وقد مات أبوه منتحراً بإحراق نفسه في الحقل، ولم يترك سوى (قفطان) به ١٧٨ قرش. وأصبح الولد وحيداً فأخذ المبلغ وذهب إلى (شبين الكوم) ووجد صاحب سيارات اسمه (حسن عويصة)، وكان يصطحبه معه من (شبين الكوم إلى الإسكندرية) ليعمل لكسب رزقه.. وبالفعل أمكنه أن يعمل كصبي كوّاء تابع للجمرك، ثم نزح من الإسكندرية إلى القاهرة ماشياً على الأقدام، يستريح قليلاً في كل بلدة.وسبب حضوره إلى القاهرة أنه يبحث عن عمه (سالم محمد سالم) الذي يعمل صانع أحذية في (عزبة الورد) في جهة (الشرابية). وعند وصوله للقاهرة نام الليلة الأولى في صندوق التليفونات العامة أمام قسم الأزبكية، واشتغل حمالاً في ميدان المحطة إلى أن قبض عليه وأحيل للدراسة.

وضع الولد في أحد الملاجئ، وكان يطلب التصريح بزيارة عمه، فبعد أول مرة خرج فيها للزيارة جاء شاب إلى الملجأ، وقال أنه يريد أن يرى أخاه. واتضح أنه أخ الوالد الذي نحن بصدده، واتضح أن الولد ليس مسلما كما ادعى، واتضح أن والده ووالدته على قيد الحياة وأن له أخوة كثيرين، وأن شيئاً ما قصه علينا لم يحدث. واتضح كذلك أنه قبض عليه ثلاث مرات قبل ذلك وكان يفلت في كل مرة بحيلة، ويشكو أهله مر الشكوى من أكاذيبه التي لا تنقطع،

وقد تبين كذلك أن الولد هرب من المنزل عدة مرات واتضح من البحث أن الوالدة مريضة من مدة كبيرة، وهي مقيمة مع أهلها ببلدتهم بسبب مرضها، وان الوالد نجار عادي يكد طول يومه ليكسب قروش قليلة.

والوالد أخ اكبر عمره يزيد علي عشرين سنة ويعمل عند أحد صانعي الأحذية، وهو ناجح في عمله و يتقاضي عليه اجر طيب ويلي الأخ الأكبر أخت تقيم مع والدتها ببلدة أهلها ثم أخ يزيد علي الولد الذي نحن بصدده بسنة واحدة فقط، وهو في عمل ناجح يكسب منه رزقه أما الولد نفسه فلم ينجح كثيراً وكان أخوه الأكبر يضربه ضرباً مبرحاً.

ويلاحظ أن الوالد مشغول جداً والوالدة مريضه وبعيدة عن المنزل والأخ الأكبر في غاية القسوة علي الولد ثم أن الولد اقل نجاحا في حياته من أخيه الأكبر منه مباشراً، ويلاحظ أن الولد بعده بنتان ثم ولد يصغره بـ ٩ سنوات، ولذا فقد شغل مركز الذكر الأخير مدة طويلة ومازلت بادية عليه آثار التدليل من أمه في حديثه يضاف إلى كل ذلك أنه فقد عطف أمه بمرضها وبعدها عنه.

لهذا كله يسهل تفسير هربه وكذبه، ويسهل تفسير أنه في كذبه كان كمن يحقق رغباته في حلم، فقضي علي أخوته جميعاً، وعلي والده ثم سافر وخاطر وعمل ونجح، وتنصل من والديه ومن دينهم ومن دينه ومن إخوته ولو أنه حاول أن يبرر مسلكه بعد ذلك بأن تغيير دينه كان لأجل ألا يضطهد في الملجأ. وتدل الدلائل علي إن هذا غير صحيح تماماً. لأنه إذا كان صحيحاً فكيف تفسر كيف تكرار كذبه طول حياته وتحت ظروف غير التي ذكرناها ؟ فالغلام مدفوع للكذب دفعا قويا بعوامل لا شعورية خارجه عن إرادته وقد نُصح بتوجيهه إلي ما يلائمه وإعطائه فرصه إثبات نفسه في العاب الملجأ و إشعاره بعطف شخص معين عليه وقد تقدمت حالته كثيراً جداً.

بعض القواعد العامة المرتبطة بالكذب:

بعد شرح أهم أنواع الكذب، وتبين أن في كل نوع ما يدفع عادة إليه، ويلاحظ أن النوع الواحد لا يظهر غالباً قائماً بذاته. فالخبر الكاذب قد يؤدى وظيفة وقائية عنادية في نفس الوقت ويلاحظ كذلك أنه لا ترسل للعيادة في الغالب حالة تكون الشكوى فيها من الكذب وحده، وإنما يكون الكذب عادة عرضاً إلى جانب الأعراض الأخرى كالسرقة أو شدة الحساسية أو الخوف أو ما يشبه ذلك والقاعدة الأولى للآباء والمدرسين هي أن يتبينوا إذا ما كذب الطفل إن كان كذبه نادراً أم متكرراً، وإن كان متكرراً فما نوعه وما الدافع إليه؟وأن يحجموا عن علاج الكذب في ذاته بالضرب، أو الانهيار أو السخرية أو التشهير أو غير ذلك. وإنما يعالجون الدوافع الأساسية التي دفعت إليه. ويغلب أن يكون العامل المهم في تكوينها هو بيئة الطفل، كالوالدين أو المدرسين أو أصحاب السلطة على وجه العموم.

ويجب كذلك أن تتجنب الظروف التي تشجع على الكذب، فمثلاً إذا كان لدينا طالب نعهد فيه هذه الخصلة، فلا نجعله المصدر الوحيد للشهادة في حادثة ما لأن هذا يعطيه فرصة لانطلاق عادة الكذب، وتثبيتها بالتكرار والتمرن. وزيادة على ذلك فلا يصح أن يعطى الكاذب فرصة الإفلات بكذبه دون أن نكشفه؛ لأن النجاح في الإفلات بالكذب له لذة خاصة تشجع على تثبيته واقترافه مرة أخرى، بل تشجع أيضاً على الاسترسال في سلسلة من الأكاذيب المقصودة التي تصدر عن نفس هادئة مطمئنة، وإن أردت ألا يفلت الكاذب بكذبه فسلح نفسك أولاً بالأدلة القاطعة ولا تلصق به التهمة وأنت في شك، لمجرد أنه تعثر في حديثه مثلاً أو ظهرت عليه علامات أخرى للاضطراب في أثناء مناقشته. وعليك أن تأخذ أقواله بشي من الثقة والتقدير، وحاذر أن تظهر أمامه بمظهر الشك أو التردد سواء في حديثك أو حركاتك. ويلاحظ كذلك أنه لا يجوز في الأحوال العادية إيقاع العقوبة على الطفل بعد اعترافه بذنبه، فالاعتراف له قدسيته، وله حرمته. ومن شأن إيقاع العقاب على الطفل – بعد

أن نحملـه علـى قـول الكذب والاعتراف ضد نفسه ـ أن يقلل من قيمة الصدق ومكانته فى نظر الطفل.

وعلـى العمـوم فمـن الخطـأ الفـاحش أن نعمـد إلـى إرغـام الطفـل علـى الاعتراف، لأن الطفل الذي يأتـي ذنبا، كأن يسرق، أو يخرب، ينتظر منه عادة أن يكذب ـ والواقع أن الكذب أسهل الذنوب اقترافا وأولـها حضوراً إلى ذهن الطفل، والكذب كما نعلم يساعد على تغطية كثير من العيوب والذنوب، من هذا نشعر أن الطفل الذي يعترف بذنبه يمكن إصلاحه، وأما من يصر على الإنكار فلا يجوز أن نبدأ باستجوابه، لأن هذا نتيجة الاسترسال في الكذب، والتفنن فيه ومما يجب على الآباء والمدرسين تذكره باستمرار أن الطفل لا يسر بما عنده من أسرار إلا الأصدقاء ومحبيه ـ وأما أصحاب السلطة كأبيه وناظره ومدرسيه فإنه يخاطبهم عادة بشئ من الحرص والخوف فالاعتراف والصدق والصراحة كلها امتيازات خاصة لا يحبها الطفل إلا لأخلائه وخلصائه ولا يتقدم بها إلا لمن تطمئن إليهم نفسه.

أنه لضمان الصدق والصراحة ويجب أن يحل التفاهم والأخذ والعطاء مقام القانون، والعطف والمحبة محل السلطة والشدة، وأن نحجم عن العقوبات التي لا تتناسب مع الذنوب، وألا نوقع بعضها إلا إذا أدرك الطفل إدراكاً تاماً أنه أذنب وإذا اقتنع بأنه يستحق العقاب فالعقوبات التي تجرى على غير هذا المنوال تهدم الأغراض التـي ترمى إليها، فهي تفقد الطفل توازنه، وشعوره بأمنه وسلامته في بيئته وتدفعه إلى تغليف نفسه بأغلفة الكذب والغش لوقاية نفسه من أصحاب السلطة، ومن البيئة المستبدة القاسية.

وإذا كان الأطفال يكذبون كما قيل، في أحيان كثيرة لتغطية نقص يشعرون به، فيجب أن نكثر لـهم من الأسفار والرحلات ونواحي الميول والنشاط والهوايات، فكل هذه تعطى الطفل نواحي حقيقية يظهر فيها ويتحدث عنها. وفى حالة الخياليين البالغين ليس هناك ما يمنع من تشجيع الخيال عن طريق دراسة الشعر والأدب. وأما في حالة الخياليين قبل سن المراهقة فلا

ننصح – وفقا لرأى "بيروتBurt" بالقصص الخيالية الخرافية ولا برؤية أغلب أشرطة الخيالة، وإنما بالاستزادة من الإنشاء الشفهي المبنى على المشاهدات الدقيقة والتفكير المنظم. وإذا علمنا أن قول الصدق يتطلب مقولتين هما صحة الإدراك، ودقة التعبير، رأينا أنه في الإمكان تدريب الطفل في هاتين الناحيتين، وهذا يكون عن طريق إتباع المشاهدات، والقياس، والقيام بعمل التجارب، وتدوين نتائج كل هذا بمنتهى الدقة. وينتهز المدرس هذه الفرصة لِتعويد تلاميذه الدقة في الملاحظة والدقة في التعبير في جميع ضروب الحياة، وبهذه الطرق يتعود التلميذ الصدق في صورة بسيطة، وهى جعل القول مطابقاً للواقع مع توفر النية – ومثل هذا يمكن أن يقوم الوالد بتدريب ولده عليه بسهولة.

يضاف إلى كل ما تقدم وجوب اتصاف الكبار المحيطين بالطفل بالصدق بأنواعه فلا غش، ولا كذب، ولا تجسس، ولا اختلاق أعذار ولا تفادى للمواقف وكذلك يتحتم وجوب احترام الصدق وتقديره – ويجب ألا تلفظ بوعد للطفل إلا إذا كنت قادراً على تنفيذه بالفعل – متى وعدت – مهما كلفك ذلك.

العوامل المدرسية التي تشجع على الكذب:

وتتلخص في بعض ما يشجع على الكذب في المدارس وأول ذلك العقوبات وما يصاحبها من شدة وصرامة، فهي تنفر التلميذ من المدرس وتدفعه إلى تغليف نفسه لوقايتها منه. ومن هذه العوامل الواجبات المنزلية التي تعطى جزافاً للطفل – فكل مدرس يعطى التلميذ فى العادة واجباً بصرف النظر عما أعطاه إياه المدرس الآخر، فيذهب التلميذ إلى منزله بعد يوم مدرسي طويل بكمية من العمل لا بد له من إنجازها في الجزء الصغير الباقي من النهار، فيضطر التلميذ إلى طلب مساعدة شخص آخر ثم يقدم ما أنجز في اليوم التالي على أنه من عمله الخاص، وتبالغ بعض المدارس، وحتى الرياض أحياناً، في كمية ما يعطى للأطفال من واجبات. وعامل آخر هو عدم تناسب العمل الذي

يكلف به الطفل مع مقدرته، مما يضطره إلى استعمال حيل للتخلص من الظهور بمظهر العجز – وكذلك عدم تناسب البيئة مع مستوى الطفل كوجود طفل فقير في وسط غني، أو طفل غبي في وسط أذكياء .ومن العوامل المهمة التي تجعل المدرسين يدفعون التلاميذ لعمل مالا يلائمهم من حيث الكم أو الكيف ضغط الامتحانات وما اكتسبه من قوة وقدسية .

ومن أخطاء المدرسين أحياناً عرض بعض الأعمال في المعارض على أنها من أعمال التلاميذ، وتبرير ذلك بأن جزءاً منها من أعمال التلاميذ، ويكون الواقع أن ما قام به التلاميذ من التفاهة بحيث لا يبرر عرضه على أنه من عملهم، والتلاميذ يشعرون عادة في قراره أنفسهم بهذا، ويتعودون الكذب والتساهل فيها في صميم نشاطهم المدرسي وذلك عن طريق المثال والممارسة الذاتية.

سادس عشر: السرقة كسلوك مرضي:

حالات سرقة مرضية:

❖ **الحالة (أ)** :

ولد عمره أربع عشرة سنة قام بسرقة كتب زملائه بالمدرسة فضبط وقام ناظر المدرسة – بخلاف ما يتوقع منه – بتسليمه لرجل الشرطة، وهذا حوله إلى نيابة الأحداث ، التي رأت أن تستأنس برأي مكتب الخدمة الاجتماعية لمحكمة أحداث القاهرة، وقام المتخصص النفسي بالمكتب بدراسة الولد دراسة وافية اتضح منها أن ذكاءه عادي ومستواه الدراسي يتفق مع كل من عمره ومستوى ذكائه، إذا أنه كان في السنة الثانية الثانوية.

أما الوالد فان دخله لا يزيد عن ثلاثة جنيهات في الشهر، والرجل شغوف إلى حد بعيدا جدا بأن يعلم أولاده. والولد هو الابن الأكبر، والذكر الوحيد، وله أخت واحدة تتعلم مجانا في مدرسة أميرية مثل أخيها. وقد بلغ من شدة قلق الوالد على تعليم أولاده، أنه يشرف بنفسه على مذاكرتهم ويضرب ابنه

ضربا مبرحا، ويأتي له بالإضافة إلى ذلك بالمدرسين الخصوصيين غير الاكتفاء للقيام بضربه وتعليمه، ووصل شغف الوالد بالتعليم إلى أنه علم زوجته القراءة والكتابة إلى أن أتقنتهما، وقد كانت أمية عندما تزوج بها. والرجل يندب حظه لأن تعليمه اقتصر على نيل الشهادة الابتدائية فقط. ويتحدث دائماً عن كفايته ورجاحة عقله، ومقدرته، وأنه لو كان قد تعلم لكانت حالته غير ما هي عليه الآن. فالرجل مدفوع بعنف، ليحقق في أبنه ما لم يتحقق له في نفسه والولد يكره والده من غير شك لمعاملته الشديدة له، والأم ضعيفة لا حول لها ولا قوة.

لما وصل الولد سن الرابعة عشرة وبدأ في دور البلوغ أخذ يفتح ذهنه للمستوى الاجتماعي الذي يتعلم فيه. ووجد أنه لا يأخذ مصروفا كافيا يجعله يظهر أمام إخوانه كما يظهرون، فهم يلبسون الملابس الأنيقة ويدخنون اللفائف الفاخرة إلى غير ذلك. فبدأت يده تمتد إلى كتب إخوانه فيسرقها، ويبيعها في محلات بيع الكتب القديمة، ويستغل ثمنها في الظهور مثل إخوانه. ومن الغريب أنه شكا لإدارة المدرسة غير مرة من أن كتبه تسرق منه. ولعله كان يبيعها ثم يشكو لتبعد الشبهة عنه. ولكنه ضبط في هذه المرة متلبسا بفعلته. وقد يكون واضحا أن الولد يسرق مندفعا إلى تعويض شعور بالنقص ناتج من موازنة نفسه بزملائه. وهذا الشعور بالنقص كان من الممكن تعويضه بالتفوق الدراسي، كما يحدث عادة من الأولاد الفقراء، العاديين منهم والأذكياء. ولكن الولد متأخر جدا في الفصل بين زملائه، فكأنه لم يجد لما عنده من النقص إلا هذا المخرج، وهو السرقة من زملائه.

ولكن الشعور بالنقص الاجتماعي مع عدم التفوق الدراسي، وعدم التفوق الرياضي لا يكفي لتفسير السرقة. وإذا رجعنا لتاريخ حياته وجد أنه الولد الأول، وأنه كان مدللا تدليلا شديدا جدا في أول حياته، فكانت كل طلباته تجاب. فلم يتعلم إذا ذاك كيف يقاوم رغباته الخاصة. وكان المستوى الاقتصادي للأسرة لا بأس به، فكان هناك بعض الرخاء، وكان دخل الوالد لأمر ما كان أكبر مما

هو عليه الآن، وكان الولد هو الطفل الوحيد. أما الآن – وقد زاد عدد الأطفال، وكبروا، وزادت مطالبهم، وفي الوقت نفسه انخفض الدخل، وارتفعت تكاليف المعيشة ارتفاعاً باهظاً وبدأ الوالد يشتد على ابنه لتوتر نفسه في حالة الغلاء، ولتوتر فى نفسه من تراخي ابنه- فالوالد ينتقل تدريجياً من حالة تمتع ذاتي وتقدير ممن حوله إلى حرمان وعدم تقدير وتضييق وعقاب وإيلام. وقد جاءت هذه التغيرات كلها في وقت تنزع فيه النفس نزوعاً شديداً إلى تقدير المجتمع، واتساع الأفق، والسيطرة، وهو وقت المراهقة والبلوغ.

وبعد كشف حوادث السرقة أدى الولد امتحانا أخر العام ورسب فيه، وما كاد يعلم النتيجة، حتى وقع تحت سلسلة من التعذيبات أجراها عليه الوالد، فهرب ولم يظهر مدة تزيد عن شهرين. وله في أثناء ذلك، وبعد ذلك، عدد من التصرفات العنيفة، والمخاطرات التي تدل على كراهيته لوالده وثورته عليه وميله الشديد إلى البعد.

❖ **الحالة (ب):**

فتاة عمرها اثنتا عشرة سنة تشتغل بالخدمة في أحد المنازل، واتهمت بحق بسرقة ملابس ومصوغات ممن تعمل معهم، وبدراسة الحالة اتضح أن ذكاء البنت أقل من العادي. ولكنها لا تعتبر ضعيفة العقل. فمستوى ذكائها يعادل مستوى ذكاء شخص عادي عمره يقع بين ثماني وتسع سنوات، وتتصف البنت بشيء من عدم الثقة بالنفس، والجبن، وشدة الحساسية، وسرعة التأثر، إذ أنها تبكي لأقل سبب، واتضح بالدراسة أن الأسرة التي تعمل البنت في خدمتها مكونة من سيدة وزوجها، وليس لديهما أولاد ولا خدم آخرون. وهما سكيران، ويشربان الخمر معا في منزلهما إلى أن يفقد كل منهما صوابه. وفي هذه الحالة يصير البيت بخزاناته و صواوينه المفتوحة تحت تصرف البنت، إذ تصير الرقابة عليها قليلة جدا. ونظرا لجبن الفتاة، وضعف ذكائها، فإنها يسهل وقوعها تحت تأثير شخص أخر. يلاحظ كذلك أن والدي الفتاة منفصلان بالطلاق،وأن الأب تزوج بغير الأم وليس له بالبنت أي علاقة. والأم كذلك – وهي في

الخمسين من عمرها – تزوجت برجل أصغر منها سنا بعشرة أعوام، وهو رجل متعطل كسلان كان يطمع في بعض ما لديها من النقود، وهي ضعيفة أمامه، فهي تعمل وتكسب وهو لا يعمل شيئا، ويصرف كثيرا من وقته للتنزه والجلوس على المقاهي، وتدل الدلائل على أن الأم تستغل البنت للسرقة حتى تغدق على زوجها وترضيه، وللبنت- على غير ما كان ينتظر – مكانه لا بأس بها عند زوج الأم.

خلاصة الحالة أن الفتاة نظرا لقلة ذكائها، ولجبنها، يسهل إغراؤها. وهي مكروهة من أبيها ومقربة من أمها بقصد استغلالها. وترعب البنت في المحافظة على الصلة بينها وبين أمها وهي الصلة الوحيدة الباقية بالنسبة إليها. ويهم الصغار بنوع خاص أن يكون هناك من يشعرون بالانتماء إليه وقد نجحت الفتاة في تحقيق هذا عن طريق السرقة.

السرقة والاستعداد لها :

يتبين من دراسة الحالتين السابقتين أن السرقة ليست حدثا منفصلا قائما بذاته وإنما هي سلوك يعبر عن حاجه نفسية. ويمكن فهم هذا السلوك في ضوء دراسة شخصية الطفل وطريق تكونها، والوظيفة التي تؤديها السرقة لها. فبينما نجد السرقة في الحالة الأولى وسيلة لإثبات الذات، نجدها في الحالة الثانية وسيلة لحماية الذات.

ولا بد من فهم وظيفة السرقة ومكانتها من تكوين الشخصية قبل الاتجاه نحو علاجها، والسرقة وما يضادها وهي الأمانة ليست صفات فطرية طبيعية وإنما هي صفات مكتسبة.وللسرقة أسسها الطبيعية في الإنسان وهي الميل للتملك والاستمتاع بالقوة، إذ أن السرقة هي الاستحواذ على ما يملكه الآخرون بدون وجه حق، ونظراً لأن السرقة ذنب اجتماعي فإن المجتمع يعطيها أهمية كبرى. بخلاف الصفات الشخصية السيئة كالتدخين أو العادة السرية، فإنها لا تهم المجتمع كثيرا لأنها لا تتناول فيما ينسب إليها من ضرر أشخاصا آخرين بطريقة مباشرة. أما السرقة والكذب والاعتداء والتشنيع، وما إلى ذلك فإنها

تعتبر صفات سيئة للغاية لأن الضرر الذي تتضمنه يؤثر في الآخرين تأثيرا مباشرا.

وهناك مهارات عقلية وجسمية تساعد على السرقة، إذا توفرت لدى الشخص الرغبة فيها. ومن هذه المهارات، سرعة حركة الأصابع، وخفة الحركة عامة، ودقة الحواس من سمع وبصر والقوة الميكانيكية، ووفرة الذكاء العام، ودقة الاستنتاج والملاحظة .. وما إلى ذلك. ففي كثير من الحالات كان صاحب الحالة يفتح أقفالا معقدة بقطعة من سلك، ويقطع جيبا لمسافر بموسى دون أن يحس المجني عليه، أو يخطف سلعة معينة ويفر هاربا جاريا، أو راكبا دراجة، أو غير ذلك من مئات الحيل والمهارات فتجعل عملية السرقة تتم بسهولة كبيرة للغاية. ويهمنا الوقوف على هذه المهارات العقلية والحركية والحسية حتى يمكننا توجيهها في اتجاهات لصالح صاحبها وصالح المجتمع نفسه.

الشعور بالملكية وإنماؤه:

وهناك اتجاه عقلي يبدأ من سنوات الطفل الأولى وهو عدم التمييز، أو عدم الاهتمام بالتمييز بين ما يملكه وما لا يملكه. وفكرة التمييز بين ما للفرد فيه حق وما ليس فيه حق ليست سهلة. فالطفل يعيش عادة في منزل كل ما فيه ملك للكبار، فليس له ما يعده ملكا له، وأحيانا يغلق الأمر عليه، فلا يعرف إن كانت لعبة معينة ملكا له أو لأخته. والآباء بشرائهم لعبة واحدة لجميع الأطفال أو ألعابا مختلفة يلعب بها كل الأطفال، دون تمييز، يظنون أنهم يعلمونهم الإيثار بدلا من الأثرة. والواقع أنهم يربكون تفكيرهم فالطفل يشعر بالحاجة للملكية شعورا تلقائيا في سن مبكرة جدا، إذ يبدأ يشعر بها أحيانا خلال الفترة الأخيرة من السنة الأولى.

ويجب أن يشجع الشعور بالملكية من وقت ظهوره. ولكن لا يجوز أن يبالغ في تشجيعه إلى أن تتكون الأنانية والجشع للتملك، ولا يجوز أن يهدم بحيث لا يجد الطفل فرصة لفهم حقوقه وحقوق غيره.

وإذا أردنا أن يحترم الطفل ملكية غيره وجب أن نبدأ نحن باحترام ملكيته. فيجب – بقدر الإمكان – أن يكون للطفل ملابسه الخاصة التي لا يجوز أن تستعمل له ولغيره بدون تمييز، ويكون له مكان خاص بالنوم، وكرسي خاص يجلس عليه حين يأكل، وإذا أمكن فليكن له أطباقه، وملاعقه، ومنشفته وغير ذلك. ويسهل إحضار هذه الأشياء بألوان مختلفة بحيث يسهل للطفل التفريق بين متعلقاته ومتعلقات غيره. ويحسن أن يكون للطفل أدوات لعبه المختلفة، وبعض الكتب والمجلات القديمة ذات الصور الجذابة. وفي الأسر التي بها أطفال ذوي أعمار متقاربة، تحدث أحيانا مشاحنات يحسن ترك الأطفال للفصل فيها بأنفسهم، وإذا تدخلت الأم فلتفصل بالعدل، فكل طفل يستعمل حقه، ولكن يصح أن يعطى الخيار في أن يترك لعبته لأخيه أحيانا، ولا بد من حدوث هذه المنازعات قبل أن يتعلم الأخذ والعطاء. والتعاون يجئ متأخرا عن تعلمه الملكية واعتزازه بها. فلا يجوز أن نتسرع في تعليم الطفل التعاون خوفا من تعوده الأنانية، إذا ترك الطفل ليعطي – من تلقاء نفسه وبدون تدخل خارجي – لعبته الخاصة به لأخيه أو لصديقه مدة من الزمن فإنه يشتق من هذا التطوع لذة كبرى لا يجوز أن نحرمه من التمتع بها.

وإنماء الشعور بالملكية ثم إتباعها في الوقت المناسب بإنماء روح التعاون والأخذ والعطاء مهم في تكوين الذاتEgo Formation وفي التكوين الخلقي الاجتماعي على وجه العموم.

ويلاحظ أن تمييز الفرد بين حقوقه وحقوق غيره، أو اهتمامه بهذا التمييز، يبدأ في المنزل ، وينتقل مع الطفل إلى المدرسة، ثم إلى المجتمع الأكبر. ففكرة الأمانة أو عدم الأمانة يمكن تكوينها بحيث تصبح فكرة عامة تبدأ بذورها في السنوات الأولى من حياة الطفل. ويجب أن يقوم الوالدان بتفهيم الطفل ما يجب عمله في المناسبات التي يمكن أن تسمى اعتداء على ملكية الآخرين. افرض مثلا أن شخصا له مكتبة جذابة أو ساعة، أو غير ذلك، وأراد الطفل أن يتناول الكتب، أو الساعة ليلعب بها. فليكن هناك اتجاهان : الأول

تفهيم الطفل بمنتهى الهدوء والحزم أن هذه أشياء ليست ملكا له، ولا يجوز له اللعب بها. والاتجاه الثاني الذي يؤخذ في نفس الوقت هو مراعاة أن الطفل تكون له - كما قلنا- بعض الكتب التي لا يحتاجها الوالدان والتي يكون بها بعض الصور لكي يلعب بها، وقد تتمزق منه فيتعلم كيف يحافظ عليها.

وفي إحدى الحالات، وجد أن الولد عنده حقيقة أشياء كثيرة جداً، منها مجموعة طوابع بريد منسقة تنسيقاً جميلاً. ولكن يحفظها الوالد في صوانه الخاص به خوفاً من ألا يحافظ عليها الولد رغم أن سنه اثنتا عشر سنة. وهذا هو موقف الوالد من سائر ممتلكات الولد من طوابع وكتب وصور وهدايا وغير ذلك.

وفي حالة أخرى أخذ الوالد كمية من النقود كان الولد قد ادخرها ولم يردها إليه. فلا عجب أن كان الولد لا يحترم ملكية والده بنوع خاص، وقد ينتقل عدم احترام الملكية في مثل هذه الحالات إلى خارج المنزل. ففكرة الأمانة كفكرة الصديق تكتسب عن طريق الممارسة الشخصية، والاقتداء بالمثال، والتعلم عن طريق الفهم والموازنة والإرشاد. والمنزل هو البيئة الأولى لتعلم فكرة الأمانة. ولكن ليس معنى غرسها في المنزل أن تضمن فاعليتها بعد ذلك في محيط المدرسة أو المجتمع، من تحقق الأمانة في قادتهما والقائمين عليها بالأمر فيهما، ومن مبلغ شعور الفرد بالأمن والعدالة الاجتماعية، والاطمئنان على تحقق الحاجات الأولية.

دوافع السرقة:

١- في كثير من الحالات تكون الدوافع للسرقة دوافع مباشرة ظاهرة. فكثيرا ما يسرق الطفل لسد رمق. ويلاحظ أن أطفالا كثيرين جدا يعيشون عيشة الكفاف، أو يعملون بأجور زهيدة لا تكفي الحيوان الصغير بله الإنسان، فيسرقون. ومن هؤلاء من يسرق نقودا أو أدوات أو سلعا، ومن هؤلاء من يخطف الأطعمة المعروضة على العربات، وفي المحال التجارية، وغير ذلك. وقد تبين في بعض الحالات أولادا يسرقون لسد رمق أم مقعدة

عاجزة عن أي عمل، وعدد من الإخوة الصغار، وذلك يكون مثلا بعد وفاة الأب وتشغيل الولد بأجر لا يزيد يوميا عن قروش لا يتجاوز عددها عدد أصابع اليد الواحدة، وقد وجد أن هذا النوع من الحالات أسهلها علاجاً.

٢- وفي بعض الحالات تحدث السرقة لإشباع ميل، أو عاطفة، أو هواية، كميل بعض الأولاد لركوب الدراجة أو الخيالة، أو لفتاة معينة، أو لمجرد الصرف على هواية معينة، كالتصوير وتربية الحمام، وغير ذلك. وهذه أيضاً حالات لا يتعسر عادة علاجها.

٣- وتحدث السرقة كذلك ليستعين المرء بما سرق على التخلص من مأزق معين. مثال ذلك : الولد الذي كان يذهب للمكتب ليحفظ القرآن، ولم يكن له ميل لحفظه، فأغراه العريف بأنه إذا سرق له بعض كتب والده فإنه يعفيه من التسميع، ولا يبلغ شيخ المكتب، وبذلك ينجو من عقاب صارم فلم يتأخر الولد عن سرقة الكتب وتقديمها رشوة للعريف.

٤- وقد يسرق الطفل من منزله ليعطي زملاءه بالمدرسة مثلا، لأنه كشف أن سياسة إعطاء الحاجيات المادية هي الوسيلة الوحيدة التي تجعله مقبولا في جماعة زملائه.

ولكن يلاحظ أن هذه الدوافع ظاهرية فقط. فالولد الذي يسرق الكتب ليعطيها رشوة للعريف كان متأخرا في دراسته من أول الأمر، وكان والده يقسو عليه بعد تدليل، وكان يوازن بينه وبين أخواته موازنة تحط من قدره. ففقدانه عطف والديه بعد أن كان يتمتع بعطف كبير كان هو العامل الهام، في تكوين الاستعداد للسرقة. من هذا يتبين أنه يجب البحث عن عوامل أخرى غير الدوافع الظاهرية للسرقة. وفي العادة نجد بعض العوامل اللاشعورية المتكونة نتيجة علاقة الطفل ببيئته، ونتيجة التغيرات الطارئة على هذه العلاقات.

٥- وهناك سرقة للانتقام، وسرقة لتعويض شعوره بالنقص، وسرقة بسبب فقد العطف، ففي كثير من الحالات نجد الطفل يسرق من شخص معين كوالده أو والدته. ويمكن تفسير السرقة في بعض هذه الحالات بأن الطفل كان حائزا لعطف الوالد مثلاً، ثم فقد هذا العطف، فالسرقة منه تشعره بأنه يستحوذ على شئ بدل هذا العطف. نجد طفلا – مثل هذا – يسرق من والده نقوده وكتبه ويضع يده في جيوبه ليطلع ما في جيبه ويعرف ما فيه من أسرار ويقرأ خطاباته.. إلى غير ذلك.

كذلك المحب الذي يتشكك في أنه ربما لا يحصل على عطف معشوقته، كثيرا ما يسرق منها شيئا يكون بمثابة رمزا للحب المفقود. وفي هذا النوع من الحالات نجد أن الشخص لا يسرق إلا من شخص معين، وأحياناً يسرق نوعاً معيناً من الممتلكات، ويمكن في العادة تفسير هذا التخصص إما على أساس الرمزية (symbolism) أو على أساس الوظيفة. ففي غالب الحالات التي درست، ووجد فيها أن الطفل يسرق من والده، وجد أيضاً أن لدى الولد كراهية مستمرة للوالد. فتُفسر السرقة هنا على أنها انتقام، أو على أنها تعويض للعطف المفقود، أو على الدافعين مجتمعين.

وإذا كان الدافع للسرقة متجها نحو شخص معين فقد ينتقل إلى أشخاص آخرين فالسرقة من الأب قد تنتقل إلى سرقة من أصحاب السلطة على وجه العموم. والسرقة من الأخ قد تنتقل إلى سرقة من الزملاء، وذلك بتحويل الدوافع نفسها من الموضوع الأصلي إلى موضوعات مشابهة له. ويمكن أن يكون التحويل أوسع انتشاراً وأقل تخصصاً مما ذكر، فبعد أن كان يسرق الطفل من والده فقط صار يسرق من أي إنسان.

لنأخذ حالة تبين السرقة من شخص معين، وهي حالة ولد كان يساعد والده في عمله التجاري. ذهب الولد إلى أحد عملاء والده، وكان جالسا في أحد المقاهي وقال له أن والده يطلب منه ثمن بضاعة أخذها في ذلك الوقت إلى المنزل. وكان الثمن خمسة وعشرين قرشا إلا قليلا. أخذ الولد النقود واختفى،

وانكشفت حقيقة المسألة بعد أن رجع الرجل إلى منزله. ثم أبلغ الوالد الذي طلب منه إيلاغ الشرطة. واتضح أن الولد هو أكبر أبناء الأسرة، وأن الرجل في منتهى القسوة والشدة، وهو متعسف في تمسكه بالدين حتى خرج بذلك عن المعقول خروجا كبيرا. وقد أحاط نفسه بكل الرموز التقليدية للتدين، واتخذ (السنية) مذهبا لـه، وكان يشغل وظيفة يكتسب منها، فاستقال منها لأنه كان يشعر أنها لا تطابق الدين. واتخذ التجارة في أبسط صورها وسيلة للرزق. ومن شدة قسوته أن الولد إذا أتى ذنباً صغيراً فإنه يربطه بالحبال ربطاً وثيقاً، ويتركه ملقى على الأرض، ثم ينهال عليه ضرباً، ويترك في جسمه آثاراً واضحة – كما يتبين في الصورة – المقابلة وكان في بعض الأحيان يتركه موثوقاً ثلاثة أيام متتاليات، ويقذف لـه برغيف من العيش وكوب ماء في مواعيد الأكل.

بعد مقابلة الولد، ودراسة حالته جيداً من كل نواحيها، اتضح أن السرقة لم تكن الأولى فقد كان كثيراً ما يسرق من والده وظهر عند المقابلة لكل منهما على انفراد شدة التجافي، فتم تقريب ما بينهما، وإفهام الوالد خطأه واتفق مع الولد على حسن السير ونظمت علاقة الولد بوالده من حيث الإنفاق ومن حيث الثقة التي يجب أن يضعها الوالد في ولده إلى غير ذلك.وقد نجحت الحالة نجاحا كبيرا بموالاة توجيه الولد والوالد وأخذهما بالنصيحة والتوجيه والإشراف والمتابعة.

وقد يكون العامل الأصلي لتكوين الدافع للسرقة هو ما يطرأ على الشعور بالأمن والشعور بالاستقرار من نقص ناشئ من تغيير فجائي من معاملة الوالدين ،أو من تفكك روابط الأسرة، أو ما يشابه ذلك.

لنأخذ مثالاً لـهذا حال التلميذ في سن الرابعة عشر يهرب من المدرسة يومياً تقريباً، ويسرق كل ما يمكن أن تصل إليه يده مما خف حمله وغلى ثمنه هذا على الرغم من وفرة ما يصل إلى يديه من نقود، وعلى الرغم من حسن استعداده للعمل الدراسي وبمتابعة تاريخ هذه الحالة تبين إن والديه انفصلا بالطلاق وهو صغير السن جدا ثم تزوج كل من والديه بعد ذلك وأنجب كل

منهما لـه إخوة غير أشقاء وقامت الجدة منذ طلاق الوالدين باحتضان الولد ولم تدخر وسعا في إجابة جميع مطالبه وبالغت في العطف عليه عطفا كبيرا في شئ غير قليل من الضعف والتساهل والقلق ولما وصل الولد إلى دور المراهقة لم يكن يعرف بالطبع كيف يقاوم كل ما يطرأ على ذهنه من نزوات.

واتصل به أولاد آخرون وفتحوا لـه أفاقا جديدة للاستمتاع بالهروب والفسحة والتدخين والذهاب للخيالة وغير ذلك وأغروه بالسرقة، بل علموه أساليبها حتى برع فيها وسار الولد يشعر الآن بعدم القدرة على الاستقرار عند جدته أو والدته أو والده ولا يشعر أن واحدا من هؤلاء يمكنه أن يطمئن معه إلى الجو الذي يعيش فيه أما المدرسة فلم تكن من التشويق بحيث تصرفه عما يطرأ على ذهنه من نزعات ولم تكن بحيث تشبع فيها نواحي القوة التي تتوق إليها نفس المراهق نتيجة كل هذا هروبه من المنزل والمدرسة وعدم استقرار وبحث عن اللذة والسرور وسرقة لتحقيق كل هذا .

ويحدث أحياناً أن تبدأ السرقة بصورة مصغرة كسرقة الحلوى أو سرقة السكر أو سرقة النقود – وقد يكون الدافع بسيطا وهو الحاجة إلى الحلوى أو الحاجة إلى تجريب عمليات البيع والشراء أو غير ذلك، وقد يكون لموقف الوالدين نحو الطفل في السرقة الأولى أثر في تثبيتها فيتفنن الوالدان في تخبئة ما يخافان عليه مثلا ويتفنن الطفل في أساليب الوصول إلى هذه الأشياء ويلاحظ أن المبالغة في تخبئة الأشياء تغري الطفل بمحاولة الوصول إليها، وإذا نجح الطفل في ذلك فانه يشتق لذة كبرى من انتصاره على الكبار المحيطين به، ثم تتكرر سرقاته ويتكرر تكوينه لميول وعادات يشبعها عن طريق السرقة كالتدخين أو الظهور الاجتماعي أو الإشباع الجنسي أو غير ذلك .وبهذا تثبت السرقة وتصير عادة راسخة كما نراها عند بعض الأشخاص وسبب رسوخها أنها طريق سهل سريع تتحقق به شهوات ورغبات لا يقوى الفرد على مقاومتها ولا سيما بعد تعود إشباعها.

دراسة حالات السرقة:

عند دراسة أي حالة من حالات السرقة يجب أن نعرف : أهذه السرقة عارضه أم متكررة؟ أصاحب الحالات يسرق أشياء معينة أم كل الأشياء؟ فبعض الأولاد يسرق مصابيح الترام وبعضهم يسرق مصابيح الإشارات الأرضية في الشوارع وبعضهم الآخر يسرق الملابس المنشورة للتجفيف في حدائق المنازل أو فوق سطوحها وبعضهم يسرق مواقد الغاز فقط.

ويدل نوع السرقة – إن كان موحداً بمثل هذه الصور – على اتجاه عقلي منظم إما من تلقاء نفسه وإما تحت تأثير زعيم العصابة مثلاً، أو يدل على اتصاف السارق بمهارة معينة في اتجاه خاص، وعلينا كذلك أن نعرف هذه السرقة انفرادية أم جماعية فنحن نجد في كثير من الحالات أن الولد يسرق ضمن عصبة من الأولاد الآخرين فثلاثة تلاميذ بإحدى المدارس نظموا أنفسهم تنظيما محكما لسرقة بعض الأدوات التي يمكن خلعها من عربات السكة الحديدية، وكانوا يبيعون ما يسرقون لتاجر معين كان يمدهم بالنقود لهذا الغرض.

وعلينا أن نعرف كذلك في السرقة الجماعية، ما إذا كان السارق تابعاً أم متبوعا وفي كثير من الحالات كنا نجد أن شخصا من الأقوياء المتعطلين (البلطجية) يدفع بعض الأولاد للسرقة تحت إغراء وبعد مرة أو مرتين يستمر يدفع الأولاد تحت التهديد وكثيرا ما يحدث مع خادمات المنازل الصغيرات السن الساذجات العقل فأحد الباعة المتجولين هدد خادمة بالقتل إذا لم تسرق له من سيدتها بعض النقود، وأحد باعة الثلج كان يهدد خادمة في سن الحادية عشر بالاعتداء الجنسي عليها إذا لم تسرق له ما يريده، وعلينا أن نتبين كذلك المادة المسروقة وطريقة السرقة وما يدل عليه كل هذا من ذكاء أو غباء فبعض الناس يسرقون أشياء كبيرة ظاهرة ذات ألوان براقة يتحتم ضبطهم بها وبعضهم يسرقون ماخف حمله وغلا ثمنه في ظروف لا يمكن ضبطهم فيها إطلاقاً.

وعند دراسة حالة السرقة لابد من محاولة الوصول للوظيفة التي تؤديها السرقة أي أنه لابد من دراسة الدوافع الظاهرة والعوامل المستترة التي تؤدى إلى السرقة وبالإضافة إلى كل ذلك لابد من دراسة أنواع المهارة الجسمية كسرعة اليدين وخفة الحركة وسرعتها والقدرات العقلية كالذكاء العام والقدرة الميكانيكية ودقة الحواس وكذلك المهارة الاجتماعية كالقدرة على الزعامة وخفة الروح ولباقة الحديث وترتيب المواقف وغير ذلك وتساعدنا دراسة هذه المهارة على حسن دراسة الشخص وحسن توجيهه توجيها صالحاً.

بعض القواعد العامة المرتبطة بالسرقة :

إذا امتدت يد الطفل الصغير إلى شئ لا يحق له أن يأخذه فعلمه بغاية الهدوء أنه يجب عليه أن يستأذن قبل أخذ شئ ليس له، ثم علمه بهدوء أيضاً ما له فيه حق وما ليس له فيه حق ولا تنفعل، أو تسخط أو تعاقب أو تؤنب أو تصف الولد بأنه لص – ولو عن طريق المزاح – فإنك بذلك قد تعلمه لأول مرة في حياته معنى كلمة لص ومن الجائز أنه يجد بعض اللذة في هذا العمل فيستمر فيه لأن فيه بعض الجرأة أو لأن فيه انتصاراً على الكبار، أو لأن فيه وسيلة سهلة لإشباع لذاته الأخرى التي لا يجد سبيلاً أخر لإشباعها. لهذا يجب أن تتأمل لتعرف الرغبة التي دفعته إلى السرقة لتشبعها للطريق السوي - قدر الإمكان – ولا تعلمه شيئاً عن ضبط رغباته وتحكمه فيها .

وعليك أن تبذل جهدك لخلق شعور بالملكية عند الطفل ثم عوده كيف يحافظ على ما يمتلكه، وكيف ينظمه ويهتم به. فيكون للطفل (دولاب) صغير مثلاً ليجمع فيه ممتلكاته ومقتنياته من صور إلى طوابع بريد إلى أقلام إلى غير ذلك. ويمكن أن يعلم كيف ينظم هذه المقتنيات ويحسن عرضها، ويفخر بها .

كذلك يصح أن يعطى الطفل عندما يصل إلى العمر المناسب مصروف منظم، ويعلم بين آن وآخر كيف ينفق وكيف يدخر. وأما الخدم ومن يشابههم فيجب ألا توضع في طريقهم المغريات التي هم محرومون منها كالحلوى والنقود وما يشبههما.

ويراعى فوق ما تقدم أن الطفل لا يسرق قط ممن يشعر بصداقته له وعطفه عليه. فلتكن معاملتنا للأطفال – كما تبين من قبل – متجهة نحو العطف في غير ضعف، والحزم في غير عنف.

سابع عشر: الغيرة كسلوك مرضي:

معنى الغيرة:

ليست سلوكاً ظاهرياً وإنما هي حالة انفعالية يشعر بها الفرد، ولها مَظاهر خارجية يمكن الاستدلال منها أحياناً على الشعور الداخلي وفى غالب الأحيان لا يكون هذا سهلاً لأن الشخص في العادة يحاول أن يخفى الغيرة بإخفاء مظاهرها قدر جهده.

ولعل كل واحد قد شعر في وقت ما بالغيرة شعوراً خفيفاً أو حاداً وهناك أناس يتعرضون لهذا الشعور أكثر من غيرهم، وهو شعور مؤلم ينتج عادة من خيبة الشخص في الحصول على أمر محبوب – كشخص أو مركز أو قوة أو مال – نجاح شخص آخر في الحصول عليه، لهذا نجد أن انفعال الغيرة انفعال مركب من حب تملك، وشعور بالغضب لأن عائقاً ما وقف دون تحقيق غاية هامة .، ولا يعترف الفرد عادة بالغيرة وسبب هذا ما تتضمنه من الشعور بالنقص الناتج من الإخفاق بل كثيراً ما تكبت الغيرة لأن النفس الشعورية لا تقبل ألم الخيبة ولا شعور النقص .

إذا طبقنا ما تقدم على الغيرة في موقف ما كغيرة زميل من آخر تفوق عليه، نجد أن من يشعر بالغيرة يشعر بعدم حيازته أو بعدم قدرته على حيازة المركز الذي ناله زميله ويكون مع شعوره بالخيبة والضعة شاعراً بالغيظ من نفسه، أو من زميله أو منهما معاً ويكون عنده شوق – وإن كان خفياً – للحصول على ما نال الزميل، ويقوم صاحب الغيرة عادة باتهام الزميل أو اتهام الظروف أو اتهام سوء الطالع .. أو ما إلى ذلك.

والغيرة نشعر بها عادة دفعة واحدة فهي انفعال مركب له خصائصه وهو ليس مجموعاً حسابياً للانفعالات الثلاثة التي ذكرناها. فمثل الغيرة في ذلك مثل المثلث الذي لا يمكن أن يوصف بأنه مجموع ثلاثة مستقيمات ومجموع زاويتين قائمتين وإنما هو مثلث به صفة المثلثية وهى صفة ليست موجودة في المستقيمات ولا في الزوايا ولا في رؤوس المثلث .

كذلك انفعال الغيرة لا يعتبر أنه غضب مضاف إليه حب ومضاف إلى هذين شعور بالنقص وإنما هو أكثر من ذلك هذا مع إمكان ذكر بعض عناصره كما في حالة المثلث .

ونظراً لتعقد الغيرة نجد أن مظاهرها متعددة يختلف بعضها عن بعض اختلافات بينية ولكنها مع اختلافها هذا قد يفصح كل منهما عن مركب من الغيرة فمن مظاهر الغيرة الغضب بمظاهره المختلفة من ضرب أو سب أو هجاء أو تشهير أو نقد أو مضايقة أو تخريب أو ثورة أو عصيان أو ما يشبه ذلك. ومن مظاهرها كذلك الميل للصمت، أو التهجم أو الابتعاد أو الانزواء أو الإضراب عن الأكل أو فقد الشهية أو التسليم أو النكوص أو الشعور بالخجل أو شدة الحساسية إلى غير ذلك من مظاهر الشعور بالنقص.

وقد تبدوا الغيرة في محاولة الطفل في الحصول على ما فقده بمختلف أساليب التحايل ومن هذا النوع أن يقوم الأولاد أحياناً بتقبيل المولود وملاطفته حتى يحتفظ الأكبر بمركزه عند أمه، وبعض الأولاد يتخلقون بأحسن الخلق حتى يرضوا الكبار الذين بدءوا ينصرفون عنهم أو يميلون لغيرهم، وقد يكون السلوك تعويضاً للشعور بالنقص وذلك بمحاولة الظهور بمختلف الأساليب وكثيراً ما يكون للغيرة مظاهر جسمانية كنقص الوزن والصداع والشعور بالتعب. وهذا النوع الكبير في أساليب الغيرة من سلوك سلبي إلى إيجابي ومن سلوك رديء إلى طيب يجعل كشف الغيرة أمراً صعباً ومما يزيد في صعوبة كشف الغيرة كبتها أو تحويلها. فمظاهر الغيرة بدل أن تتجه نحو المولود قد تتجه نحو أي شئ آخر في المنزل، ومن الحالات التي تدل على ذلك أن بنتا

مرضت لها أخت فانصرفت الأم عن بقية من في المنزل إلى الأخت فقامت البنت بعمليات تخريب عنيفة موجهة نحو حديقة المنزل وأثاثه دون أن يشعر بها أحد.

الغيرة والثقة:

ويلاحظ أن كل حالة غيرة تتضمن درجة من ضعف ثقة المرء من حيث مركزه في البيئة، ويعبر عن هذا بطريقة أخرى وهى ضعف ثقة المرء بالبيئة. لنأخذ غيرة الأزواج كمثال، فإن كان أحد الزوجين على ثقة تامة بالآخر، فإن احتمال ظهور الغيرة يكون قليلاً. وكذلك الأمر إذا كان المرء شديد الثقة في نفسه. ونجد أن الموقف الواحد يؤدى من بعض الأزواج إلى غيرة شديدة في نفسه. ونجد أن الموقف الواحد يؤدى مع بعض الأزواج إلى غيرة شديدة ومع بعضهم الآخر إلى غيرة خفيفة، أو إلى لا شئ، فكأن نوعا من الخوف الاجتماعي أو من ضعف الثقة بين الطفل ومن حوله يكون عاملاً مساعداً على ظهور الغيرة في الموقف المناسب. وهذا بعينه ينطبق على جميع أنواع العلاقات بين الأطفال والكبار مثلاً، أو بين الرؤساء ومرءوسيهم، أو بين الطبقات الاجتماعية المختلفة أو بين الأفراد والحكومات .. أو غير ذلك. فالنقص الناشئ من موقف الغير نحو الشخص وضعف الثقة بالنفس – الذي يمكن إرجاعه آخر الأمر عادة إما لنقص ذاتي أو لخيبة متكررة أو لموقف الغير نحو الشخص – ويجعله في العادة متهيئاً للشعور بالغيرة عند اجتماع الظروف الكافية لذلك.

وأقسى أنواع الغيرة هو ما ينشأ عن شعور بالنقص مصحوب بشعور بعدم إمكان التغلب عليه، كنقص في الجمال أو نقص في القدرة الجسمية أو الحسية أو العقلية. لهذا نجد أن المعرضين للغيرة معرضين للشعور بالنقص، كما أن المعرضين للشعور بالنقص معرضين أيضاً للشعور الشديد بالغيرة. وتكون كل من الغيرة والشعور بالنقص حلقة متصلة الأجزاء يؤثر كل جزء منها في الآخر.

كيف تنشأ الغيرة؟

لعل أهم أسباب الغيرة أن يشعر الشخص بحقه في امتياز معير (اجتماعي في العادة)، أو أن يحصل عليه بالفعل، ثم يفقده كله، أو يفقد جزءا منه، ليحصل عليه شخص آخر. فالذي يشعر أنه يستحق شهرة معينة، ولا يحصل هو عليها، وإنما يتمتع بها شخص آخر، يشعر بالغيرة. والاستعداد للغيرة في الكبار ينشأ فى سني الطفولة الأولى، وتظهر الغيرة فى حياة صغار الأطفال فى سنواتهم الخمس الأولى عن طريق المصادفة أو عن طريق التنشيط من الكبار المهيمنين عليهم.

ويلاحظ أن الطفل في أول حياته تجاب له عادة كل طلباته، ويستدعى في العادة انتباه الجميع، ويسلم بعد مدة قصيرة بأن كل شئ له، وكل جهد له، وكل انتباه له. ولكن الذي يحدث هو أن العناية التي كانت تستغرق كل جهد الكبار قد تنحصر عنه فجأة أو بالتدريج كلما نما. وقد تتجه هذه العناية إلى مولود آخر أو إلى شخص آخر في الأسرة.

هذا التغير قد يترتب عليه فقد الطفل ثقته في بيئته ولا سيما في أمه. وفقده الثقة في نفسه تبعا لذلك، إذ يشعر بأنه غير مرغوب فيه. وبذلك يبدأ شعوره بالقلق، وشعوره بالكراهية لبيئته، والميل للانتقام منها أو الابتعاد عنها، أو شعوره بالنزوع إلى سلوك يترتب عليه جلب العناية إليه مرة أخرى، كالبكاء، أو التبول الاإرادي، أو المرض.

وكلما كبرت الامتيازات التي تعطى لطفل ما، زادت الغيرة عند إنقاصها منه وإعطائها لطفل آخر. ولذلك كان الطفل الذي يتمتع بامتياز معين، هو أكثر الناس استعدادا للشعور بالغيرة، وذلك كالطفل الأول أو الأخير أو الوحيد، أو الذكر الأول أو من يشبه ذلك من الأطفال الذين يحتلون مركزا يعطيهم فرصة التمتع بامتياز واضح.

كذلك يغار الطفل أحيانا إذا وجهت الأم إلى والده عناية فائقة. وذلك لأن الطفل في سنواته الأولى كان يتمتع – كما يبدو له – بعناية أمه كلها، ثم يلحظ أن الوالد يأخذ كثيرا من هذه العناية، فتبدوا عليه علامات الغيرة، واضحة أو غير واضحة. ويحدث أحيانا أن يتغيب الوالد عن المنزل مدة طويلة، ولمجرد عودته تنصرف الأم إليه انصرافا كليا فيغار الطفل. والغيرة من الأب سببها أنه ينازع الطفل المركز الذي يرغب فيه لنفسه عند الأم. والسبب في أن غيرة الأخ من أخيه أكثر ظهورا من غيرته من أبيه يرجع إلى الكبت الناشئ عن التقاليد الاجتماعية، والصراع بين حب الوالد (الذي يطعم ويكسو) من ناحية والغيرة منه من ناحية أخرى. ويمكن أن تدخل الغيرة من الوالد تحت النوع الناتج عن الشعور بالنقص المصحوب بشعور بعدم إمكان التغلب عليه.

وتدل دراسة الحالات على أن كثيرا من الحالات الشاذة التي تتصف بالقلق والاضطراب الجنسي والتعرض للغيرة الحادة يرجع ما بها من اضطراب إلى الغيرة مما يلمسونه من المواقف الجنسية بين الوالدين. وهذا يحدث بنوع خاص عند الأطفال الذين ينامون مع أمهاتهم، والذين يلحظون أحيانا ما يحدث بين الوالدين من مغازلة أو اتصال جنسي يعتقد الوالدان أنهما غير ملحوظين فيه، لأن الأطفال عادة يتغافلون أو يتناومون في هذه المناسبات.

وتحدث الغيرة كذلك من الموازنة الصريحة أو الضمنية، ونقصد بالضمنية أن الجو نفسه يوحي بالموازنة، وبتفضيل واحد على الأخر. فهذه الموازنات – سواء في المنزل أو في المدرسة – تؤدي إلى الإشعار بالنقص، وإضعاف الثقة بالنفس لدرجة تجعل الشخص عرضة لهذا الشعور. وتقوم الموازنات عادة حول جمال الخلقة أو القدرة العقلية أو الاجتماعية، أو ما إلى ذلك مما قد لا يجد الطفل لنفسه حيلة للتغلب عليه.

بعض حالات الغيرة:

حالة لطفل وحيد كان واقفاً بجانب أمه وزارهم بعض الضيوف، فحملت الأم ابنتهم لتقبلها، فما كان منه إلا أن صرخ، وشد ملابسها، فحملته

فتبول عليها في الحال. والتبول هنا يحتمل أن يكون انتقاما للغيرة تم غالبا بحيلة لاشعورية.

وحالة أخرى لبنت في السادسة والنصف، بقيت وحيدة مدة خمس سنوات، ثم ولد لأبويها طفل ذكر. والأب رجل هادئ يدلل البنت تدليلاً شديداً، وأما الأم فإنها سيدة ضعيفة لا سلطة لها على أولادها. وهي تترك أغلب العناية بأولادها للوالد. وحالتها العصبية سيئة. تتصف البنت بحساسية شديدة، وتشتت في الانتباه. وتأخر في الدراسة على الرغم من ارتفاع ذكائها، وهي تحلم بالليل أحلاما مزعجة بصوت مرتفع، وتدور أغلب أحلامها حول أخيها، ويصفونها بالغيرة والحقد في المدرسة والمنزل. ومن المحتمل جدا أن يكون أساس مشكلة البنت غيرتها من أخيها.

وحالة أخرى لطالب في الدراسة عمره أربع وعشرون سنة لا ينجح فى كل عام إلا في امتحان الدور الثاني، وشعر في إحدى المرات بتوعك قبل الامتحان، وقرر ألا يدخله. يلاحظ أن المرض هنا ربما كان حيلة دفاعية من حيل اللاشعور وظيفتها حمايته من دخول الامتحان. وقد نجح جميع من دخلوا الامتحان إذ ذاك فتألم الطالب جداً، ولم يقو على مقابلة من تقدموا عليه، وظهر عليه بعد ذلك عدم الاهتمام بالدراسة، ولم يذهب إلى كليته، وصار شغله الشاغل أن يردد .. (وما قيمة التعليم ..إن زملائي أصبحوا أحسن منى؟)، وصار شديد التبرم والحنق، شديد الاحتقار للناس أجمعين، يعلن أن معاشرة الناس لا قيمة لها لسوء خلقهم، وانحطاط عقلياتهم. وخير له أن يبتعد عمن يعرفهم، ويعيش بمفرده بعيداً عن هذا العالم.

ويلاحظ من هذا أنه يسقط شعوره بالخيبة على الناس. أما هو فإنه أرقى الناس جميعا، وأحسن منهم عقلاً وخلقا، وهم لا يستحقون معاشرته إياهم. وحتى التعليم نفسه لا قيمة له. فهو لا ينسب انعدام القيمة لنفسه، وإنما ينسبه للتعليم، وهذا أيضاً إسقاط. ثم صار كثير التدين يكثر من الذهاب إلى المسجد ويطلب أن تقرأ عليه الأوراد المختلفة ولعل تدينه بحثاً عن الشعور بالطمأنينة الذي لا

يشعر به في حياته الواقعية وفى علاقته بعالم الناس والعمل. وهذا الطالب هو الابن الوحيد لوالديه ويحب دائما أن يكون قريباً من أمه إلى حد يقضى وقته دائما معها ولا يتركها إلا قليلاً وإذا جاءهم ضيوف فهو لا يجالسهم وإنما يلازم أمه إلا إذا اضطرت لمقابلة الضيوف وفى هذه الحالة ينتظرها على مضض إلى أن تفرغ منهم.

وبعد حادثة الملحق التي أشير إليها (امتحان الدور الثانى) ترك (البنسيون) الذي كان يسكنه في القاهرة واستأجر (شقة) واستحضر معه أمه وأباه ليعيشا معه في القاهرة، وبذلك تركا مصالحهما وتكبدا نفقات إضافية باهظة ومع كل ذلك لم يقو على الذهاب إلى كليته وفى مرة جلس معه أبوه يرجوه ويتوسل إليه أن يذهب إلى الكلية والولد يقول أنه لا يقوى على مواجهة من نجحوا وكانوا معه، وأخيراً بكى الولد وترك المنزل، وبكى الوالد وظل يبكى زمناً طويلاً.

ويعتقد الوالدان أن (عين السوء) قد أصابت نجلهما. معنى ذلك أن ابنهما كامل من كل ناحية و(عين السوء) هي المسئولة عما هو فيه مما يترتب عليه أن الولد ينسج حول نفسه فكرة عظيمة جدا، ويتهم كل من حوله بسوء النية وسوء الخلق. وبلغ من شدة اعتقادهما في الخرافات أن وقعا في شباك محتال يدعى أنه يحول النحاس إلى ذهب وباع في هذا السبيل أربعة أفدنة من عقارهما الذي لا يتجاوز أربعة وعشرون فدانا في مجموعهم.

وهناك حالة أخرى شبيهة بالحالة السابقة كان الولد فيها شبيها بالوحيد، إذ أنه كان الذكر الأول وبعده عدة بنات وعدة وفيات ثم ولد. وكان الوالد يشتغل بحرفة تدر مالاً كثيراً، إلا أن المجتمع لا ينظر إليها نظرته إلى حرفة راقية، وكانت الأم تشعر لهذا بالنقص ثم أرادت أن تربى ابنها في المدارس العادية، وكانت مشغوفة بأن يعوض لها في نظرها النقص الذي تراه في زوجها. صحب هذا احتقارها واحتقار الولد بعد نموه للوالد. نشأ الولد مدللاً معظماً مُحترما، وكان إذا رسب في امتحان بالمدرسة تعتقد الأم أن المدرسين يقصدون

رسوبه وكانت تعلن هذا وتعلن أمثاله من التصريحات حول زملائه في اللعب وزملائه في المدرسة، وبذلك نشأ الولد وعنده فكرة عظيمة جداً عن نفسه ولم يقطع في تعليمه إلا سنتين من التعليم الثانوي، واشترك بعد ذلك اشتراكاً مشرفاً في عمل من الأعمال الوطنية. وعزا كل خيبته بعد ذلك إلى تضحيته في سبيل الوطن وبذلك زادت فكرته عن نفسه عظمة على الرغم من خيبته في الدراسة التي لم يحاول إعادة مواصلتها بعد ذلك شغل وظيفة حكومية ولكنه كان يقضي كل وقته في محاربة المؤامرات التي يتوهم أن أغلب زملائه يدبرونها ضده. وبقي طول حياته متألماً أشد الألم، وخاصة كلما رأى غيره – ممن هم في نظره أقل منه – يتفوق.

الغيرة عند الطفل الوحيد:

أن الطفل الوحيد ينشأ بين أبويه وليس معه أطفال آخرون يغتصبون امتيازاته، وينمو محاطاً بكل أنواع الرعاية، فينشأ بفكرة أنه مركز كل انتباه وينشأ أنانيا إذ لم يتعود من الحياة أخذاً وعطاءاً وحقا وواجباً. فالحياة كما نشأ فيها أول الأمر كلها أخذ وليس فيها عطاء وكلها حقوق وليس فيها واجبات. فإذا خرج الطفل الوحيد أو الشبيه بالوحيد عن دائرة والديه للعب مع الآخرين، فإنه يصدم لأن الأطفال لا يدعونه يأخذ ولا يعطي ويعتدي ولا يعتدي عليه. فيحدث مثلا أن يضرب أو تخطف لعبته فيجري عادة إلى أمه باكيا وهذه تضمه إليها وتسب الأولاد الأخرين وتفهمه أنه رقيق الطبع حسن الخلق وأنه من طينة راقية غير طينتهم، وأما الآخرون فإنهم على درجة كبيرة من الشراسة وسوء التربية وخير له ألا يلعب معهم وأن يمكث إلى جانبها.

وبنفس الطريقة يخرج الطفل الوحيد أو الشبيه بالوحيد إلى المدرسة فيجد أن المعلمة لا تفرده بالتدليل بل أنها تعامل الجميع معاملة واحدة تقريباً، وإذا غلبه زملاؤه فى لعب أو درس أو غير ذلك فهو، كما تعلم من أمه له حسناته ونواحي رقته التي لا يعلمها أحد غيره هو وأمه. وهذا يكبر ويخرج إلى الحياة ويجد أن مجال التمتع بامتيازاته معدوم ويقابل الخيبة بزيادة اعتقاده في

عظمة ذاته وزيادة اعتقاده في سوء حظه في الحياة و مؤامرات الناس حوله وأثر عين السوء وما يشبه ذلك وهكذا تصاحبه تلك الحال طوال حياته وتخلق له من المشكلات ما يظهر أثره في ميدان الحياة الزوجية ومع أولاده وفى مهنته.

وهذه الحالات كلها يصحبها الانفعال المركب المسمى بالغيرة وهو مكبوت في غالب الأحيان ولذا لا يسهل دائماً تشخيصية وسلوك الطفل الأخير من هذه الناحية يشبه في حالات كثيرة سلوك الطفل الوحيد أو الشبيه بالوحيد ويلاحظ أن الغيرة التي يشعر بها الطفل الوحيد أو الشبيه بالوحيد عند خروجه للمدرسة أو للحياة أقصى وأشد من أي نوع من أنواع الغيرة التي تحدث داخل الأسرة.

الغيرة من المولود:

يحسن بالوالدين تنظيم الحمل والولادة بحيث تكون الفترات الواقعة بين طفل وأخر لا هي بالقصيرة ولا بالطويلة، أي أنها لا تكون قصيرة بحيث تحرم الطفل الموجود فعلاً من النمو الكافي ولا تكون طويلة بحيث يتمتع الطفل الموجود بامتيازات يصعب عليها التنازل عنها فيما بعد. إن فترة طولها من سنتين إلى ثلاث أو أربع سنوات فترة معقولة ويجب عند الحمل إعداد ذهن الطفل الموجود لما يتوقع حدوثه فقبل الولادة بمدة كبيرة يجب أن يقل التصاقه بالأم، ويجب عند الحمل إعداد ذهن الطفل الموجود لما يتوقع حدوثه فقبل الولادة بمدة كبيرة يجب أن يقل التصاقه بالأم ويجب إعداد ذهنه لذلك بأن تفهمه الأم بأنه سيكون له أخ صغير يلعب معه ويرعاه، وكثير من الأطفال يلاحظون ظاهرة الحمل وقد ينزعجون للتغير الظاهر غير المفهوم، ويظن الآباء إذ ذاك أن الغيرة بدأت قبل حدوث الولادة، وبعض الأطفال يسألون الأم عن سبب هذا التغيير الظاهر فيجب على الأم أن تجيبه بهدوء بأنه يوجد بداخلها طفل صغير سيكبر ثم يولد بعد أن ينموا نمواً كافياً.

ويكتفي الأطفال عادة بما يقال لهم إذا كان معقولاً صريحا ي عقولهم ويصح أن تكمل هذه المحادثات بمحادثات أخرى ومشاهدات عن التوالد عند الطير والحيوان وتكون هذه المحادثات جزءا أساسياً من التربية الجنسية اللازمة لصحة الفرد النفسية وبعد أن يولد الطفل لا يجوز إهمال الكبير وإعطاء الصغير عناية أكثر مما يلزمه فيجب ألا يعطى المولود إلا بقدر حاجته وهو لا يحتاج إلى كثير والذي يضايق الطفل الأكبر عادة كثرة حمل المولود وكثرة الالتصاق الجسمي الذي يضر بالمولود أكثر مما يفيده.

فواجبنا إذن تهيئة عقل الطفل إلى حادث الولادة وكذلك يجب فطامه فطاماً وجدانياً تدريجياً قدر الإمكان فلا يحرم حرماناً فجائياً من الامتياز الذي سيغدق مثله على أخيه.

الغيرة بسبب الموازنة:

يولد الأطفال باستعدادات مختلفة من حيث الذكاء أو النواحي المزاجية وينشئون مختلفين اختلافات تكون أحياناً شاسعة ويوازن الطفل نفسه عادة بغيره من إخوته من حيث الجنس (ذكر أو أنثى) أو من حيث السن (كما بين الصغير والكبير فلأصغر يغار أحياناً لمجرد أنه أكبر منه) أو من حيث المقدرة أو من حيث الجمال الطبيعي أو غير ذلك، ولكن الخطأ هو في اهتمام الآباء والمدرسين وأصدقاء الأسرة والمجتمع عامة بإبراز هذه الفروق وأشعار الأطفال بأنها مهمة في نظر غيرهم وتختلف درجات إبراز هذه الفروق اختلافات كبيرة وتختلف تبعاً لها النتائج المترتبة عليها من غيره وحقد وغرور وغير ذلك .

فيجب على الآباء أن يقلعوا عن الموازنات الصريحة وعن خلق الجو الذي يشعر بالموازنة ويجب اعتبار كل طفل شخصية مستقلة لها مزاياها واستعداداتها الخاصة بها فإذا نجح طفل في عمل ما فيكفى أن يشجع عرضاً ولا يوازن بغيره وكل طفل – مهما خاب – له ناحية طيبة يمكن كشفها وابرازها

والاعتزاز بها وبذلك يمكن أن يزول الشعور بالخيبة المؤدى إلى الشعور بالذلة والنقص .

ومنعاً للموازنات بين الأخ وأخيه أو التلميذ وزميله يمكن الموازنة بين الطفل ونفسه في أوقات مختلفة فإن تقدم في وقت عما كان عليه فى وقت سابق فهذا كاف لتشجيعه، وإذا كانت المدرسة أو الأسرة تعنى بالهوايات فيحسن أن يكون لدى الأولاد هوايات مختلفة كالموسيقى والتصوير وجمع الطوابع وجمع العجائب الطبيعة من الحفريات وأنواع البيض وغير ذلك وبذلك يتفوق كل في ناحيته ويوازن نفسه بنفسه وإن اختار الأطفال هوايات متشابهة فيجب الامتناع عن الموازنة التي تقلل من قيمة بعضهم مما يجعلهم يكفون عن نشاطهم ويفقدون اهتمامهم به.

وتخطئ بعض الأسر بأن تعامل الأبن معاملة تختلف اختلافاً تاماً عن معاملة البنت مما يخلق الغرور في الأبناء ويثير حفيظة البنات وينمى عندهن غيرة تكبت وتظهر أعراضها في صورة أخرى في مستقبل حياتهن ككراهية الرجال عامة وعدم الثقة بهم وغير ذلك من المظاهر ومما يجعل الولد أيضاً معرضاً للغيرة عند خروجه للحياة.

وبعض الأسر يخطئ في إغداق امتيازات كبيرة على الطفل العليل كما حدث بالفعل في حالة معينة من إحضار علب (الشكولاته) والملابس الحريرية واللعب وإعطاء النقود وغير ذلك مما لا علاقة له بعلاج المرض نفسه. وهذا يثير الغيرة في الأخوة الأصحاء وتبدوا مظاهرها في تمنى المرض وكراهية الطفل المريض أو غير ذلك من مظاهر الغيرة الظاهرة أو المستترة.

ويستنتج من هذا أنه لا يجوز إعطاء الطفل أي امتياز أكثر من العناية التي يتطلبها المرض وإن كان المرض شديد الوطأة طويل المدة يتطلب امتيازات كثيرة بارزة فيجب أن يحرر الطفل تدريجياً من هذه العناية مع خروجه التدريجي من حالة المرض وعلى هذا يجب ألا يعطى الطفل في أي

وقت من الأوقات امتيازات يصعب عليه التنازل عنه فيما بعد أو يشعر معه غيره من إخوته بالظلم والتحيز البالغ.

ويجب مهما كانت الفروق العرضية أو الدائمة بين الأخوة أو الزملاء فلا يجوز استثارة الموازنات المؤدية إلى الغيرة. وهذا لا يمنع بالطبع من إجراء مباريات بين تلاميذ المدارس من آن لآخر مما يحفزهم لبذل الجهد ويخلق الفرصة أحياناً لتعويد التلميذ تقبل الخيبة المؤقتة بصدر رحب.

الفصل الخامس

بعض صور العلاج النفسي

للاضطرابات العصابية

الفصل الخامس

بعض صور العلاج النفسي للاضطرابات العصابية

العلاج النفسي الفردي Individual Psychotherapy:

أ ـ التحليل النفسي: Psychoanalysis

تم تطوير التحليل النفسي بواسطة سيجموند فرويد، حيث كان الاهتمام في بداية التحليل منصباً على اللاشعور، إلا أنه الآن انتقل إلى تحليل الأنا ودفاعاتها. وهو برنامج طويل ومكيف، ويشمل ثلاث جلسات في الأسبوع لمدة تتراوح بين سنتين إلى خمس سنوات، ويطلب فيه المعالج من المريض أن يعبر عن أي شئ يتذكره أو يمر بخاطرة، أي يترك لنفسه العنان في أي اتجاه تحوم دون قيد أو بتر فيما يعرف بطريقة التداعي الحر أو التداعي الطليق Free Association، بهدف الكشف الحتمي للذكريات المشحونة عاطفياً بأحداث الطفولة المبكرة والتي يعتقد أنها سبب الاضطراب الحالي، ويقصد بها العناصر الانفعالية القديمة التي تفسر الأعراض الحديثة في حياة المريض.

ويتركز دور المعالج النفسي بصورة رئيسية في تقديم التفسير الملائم وفى الوقت المناسب وبصورة واقعية، بالإضافة إلى الإصغاء التام واليقظة ففى ذلك تسهيل لانسياب المريض في تداعى طليق للأحداث، ليعطى المريض للمعالج نظرة داخلية عميقة في أصول أعراضه العصابية وتشمل هذه الأصول صراعا ذو طبيعة أوديبية ويواجه المريض حتماً في البداية صعوبة في تتبع القاعدة الأساسية لفكرة التداعي الحر وأحيانا يصمت ولا يستطيع متابعة الكلام أو يتحدث عن تفاصيل غير متتابعة وربّما مهمة، وهو يجد كثيراً من المقاومة التي يشعر بها ويدركها المعالج، إذا تحول نفسه بينه وبين الانطلاق المطلوب

في الأفكار وهذه تعتبر ادرجة كبيرة وسيله غير واعية حيث تدفع الأنا عن نفسها ضد المشاعر والدوافع غير المقبولة، والتي تكون مفروضة فرضا من قبل المحلل.

وتنتاب المريض أثناء العلاج حالات تلفت النظر، فهو يبدى رد فعل انتقالي أو إحلالي Transperence Reaction تجاه المعالج والذي يحمل العلامات المميزة لطفولته المبكرة كأن المعالج قد حل من نفس المريض ذات المحل الذي كان يحل فيه الأب أثناء طفولته ويمكن أن تكون ردود الفعل الانتقالية هذه موجهة ومصحوبة في بعض الحالات بانجذاب شهواني أو ممكن أن تكون ردود فعل أكثر سالبيه مثل العداء، والكره، أو القرف أو عدم الثقة.

فالمريض مثلاً يمكن أن يدخل العيادة وهو يتوقع أن يكون المعالج مثل الأب القوى، وسوف يلاقى علاجاً سريعا وفعالا بالإضافة إلى وجود إعجاب غير حقيقي للمعالج وقدراته. ومع مرور الوقت لا يتحقق العلاج السريع، عندها ينقلب فشل المريض وإخفاقه في الشفاء إلى اتهامات غاضبة، ضد شبح الأب متذكراً بالطبع أن أباه أهانه أو حقره تحت مثل هذه الظروف الغامضة (المعالج يعامله كمريض والمريض يعامله كأب) فالمريض يظهر توقعاته مستخلصه من علاقاته الأبوية المبكرة على المعالج من خلال رد الفعل المقابل الانتقالي القوى، وربما يفقد المريض رؤية الهدف الأساسي للعلاج النفسي (فهم ذاتي) ويصبح مقيداً لسيطرة كره ما، مثل أن يكسب موافقة المعالج أو يغرى المعالج أو يسيطر عليه.

وسوف تساعد المكاسب المرئية للأعمال المكررة خلال خبرات الطفولة المشحونة انفعاليا وردود الفعل الانتقالية للمريض من أن يتصرف مع الناس الآخرين على أساس الحقائق الحالية غير ملوثة أو متأثرة بتلك الرواسب من الماضي.

ومن خلال نظرية التحليل النفسي يتضح أن هناك سببين رئيسيين لا ستغرق التحليل النفسي فترة طويلة.

أولاً: أنها تفترض أن أنواع الاستجابة المزعجة لمريض العصاب قد تطورت عبر عديد من السنين، وأنها سوف تستغرق وقتا طويلا للتعمق في الأسس التاريخية للاضطرابات، وتتبع آثار تطوره من خلال مختلف العلاقات في الطفولة والمراهقة.

ثانياً: يحارب المريض بمقاومته غير الواعية كل ما يواجهه حتى لا يسلم دفاعاته العصابية.

ب ـ العلاج النفسي المتمركز حول العميل:

يعتبر كارل روجرز المسئول الأول عن تطوير هذا النوع من العلاج، وهذه الطريقة في العلاج تعرف بطريقة العلاج غير المباشر أو الإرشاد والتوجيه النفسي.

ولقد تغيرت الطريقة عبر السنين، ففي البداية كان التأكيد على أن المعالج غير الموجه بمعنى أن يسمح للعميل أن يقرر ما الذي يريد أن يتحدث عنه، ولا يصنع قرارات هامة لحياته بدون نصائح من المعالج النفسي أو أدنى توجيه. والمعالج عليه أن يستمع بإصغاء جيداً، ليفهم بعمق مشاعر المريض، ويعكس العناصر الانفعالية في تعديلات المريض، ليبدأ بعد ذلك تحديد المشكلة وجمع خيوطها.

وفي كتاب صدر بعد ذلك لروجرز Rogers عن العلاج المتمركز حول العميل، كانت تلك العلامات لا زالت موجودة ومؤثرة في أسلوب العلاج و لكن كان هناك تركيزاً أكثر على الموقف العام للمعالج نحو المريض، ومن ناحية كان هناك اهتماماً بالتقنيات والفنون العلاجية بطريقة واضحة وأكثر تعديلاً. وهكذا فمن أجل أن تحدث تغيرات علاجية بناءة فالمعالج جب أن يقيم المريض بطريقته الخاصة

مقتنعا بعمل في مقدرة المريض، على تحقيق الذات والنمو البناء للشخصية، وأن يكون لديه فهما مؤكداً لتجارب المريض الموضوعية وبالتالي يقدر ظروفه.

وفى السنين التالية أضاف روجرز Rogers مؤكدا على أهمية أن يكون المعالج شخصاً حقيقياً في العلاقة العلاجية التي يجب أن يكون أساسها الاحترام والثقة المتبادلة والفهم الواقعي. وذلك من خلال جو علاجي مشبع بالأمن والتقبل بعيد عن القلق والتوتر. ويضيف أن المعالج النفسي يجب أن يكون صادقا أصيلاً وشريفاً، متوافقا مع نفسه، لدية اتجاه نفسي في فهم وتفسير وتعديل السلوك.

وأكد روجرز على أنه من خلال العلاقة الصادقة الأصلية بين المعالج والمريض، يمكننا أن نساعد المريض على تغيير البناء لشخصيته، والذي يؤدى إلى تغيير مفهوم الذات بما يتوافق مع الواقع، وبالتالي اختفاء الأعراض المرضية، وحدوث التوافق النفسي.

وكان روجرز يؤكد دائماً في جميع كتاباته على القيمة العلاجية للمواجهة المباشرة بين المعالج والمريض، ويرى أن تاريخ الحالة ليست ضرورية وأنها تطيل فترة العلاج.

جـ- وسائل مختلطة للعلاج النفسي:

Mixed Approaches to psychotherapy

ويوجد قليل من المعالجين النفسيين، يحفظ عن ظهر قلب نظريات فرويد أو روجرز، أو حتى يلم بها جميعا، ولكن معظمهم تأثر أثناء التدريب والدراسة بهؤلاء الأشخاص كما تأثر بأصحاب الآراء الجديدة في العلاج النفسي مثل، س. ح. يونج، هاري سنان سوليفان، وفرانز الكسندر. وهكذا يطور المعالج النفسي طرازا أو طريقة خاصة به، ولا يرتبط بأي قالب موصوف مسبقا وفى هذا الجزء نركز على

بعض الأنواع العلاجية مثل، التحليل النفسي، والعلاج النفسي المتمركز حول العميل، وأنواع مختلفة من العلاج النفسي الفردي والذي يؤكد على الغوص في أعماق النفس بهدف فهم الذات وعلى أهمية العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض، والذي يعرف بالعلاج النفسي التقليدي.

د ـ تقويم فعالية العلاج النفسي التقليدي:

Evaluation of the Effectiveness of traditional psychotherapy

لخص أيزنك Eysenck نتائج عدد من الدراسات المتعلقة بالعلاج النفسي التقليدي، واستنتج منها أنه ليس هناك إثبات على أن العلاج النفسي قد سهل الشفاء من الاضطرابات العصابية أكثر من العلاج السابق بدرجة كبيرة وقد توصل ليفيت Levitt إلى نفس النتيجة من البحث الذي أجراه على تأثير العلاج النفسي لدى الأطفال المصابين بالعصاب. ولسوء الحظ فالدراسات التي بنيت عليها هذه الاستنتاجات، تؤخذ عليها عديد من التحفظات فيما يخص طريقة البحث المتبعة فمثلا قليل من هذه الدراسات استخدمت مجموعات ضابطة غير علاجية ولكن يجب أن يوضع فى الاعتبار أن هذه الدراسات لم تبرهن على فعالية العلاج النفسي، وأيضاً لم تبرهن على أن العلاج النفسي غير فعال، وبالتالي فالوضع معلق، ولا زال البحث غير شامل أو مقنع.

ومن أجل تقويم فعالية برنامج العلاج فهناك ثلاثة شروط يجب أن تتوافر:

١ ـ يجب أن يختار المرضى بطريقة عشوائية، أي بدون تدبير مسبق لحالات العلاج وعدم العلاج.

٢ ـ يجب أن يكون برنامج العلاج هادفاً وموضوعياً ومحدداً بوضوح على أساس أن الوصف الدقيق المعقول يمكن أن يصل إلى الباحثين الآخرين.

٣- يجب أن يكون هناك تقدير سابق للخصائص والصفات المفروض أن يقوم العلاج بتغيرها مع وجود متابعة بعد العلاج. ويجب أن يتفق هذا التقدير مع الأسس المقبولة للحقيقة، ويجب أن يتفق هذا التقدير مع الأسس المقبولة للحقيقة، ويجب ألا يعتمد على التقرير الذاتى للمريض، أو أن يكون بوساطة معالج له مصلحة.

وإذا حددنا الاهتمام بدراسات عن العلاج النفسي التقليدي مع مرض العصاب فستكون الصورة غير واضحة، وذلك أن هناك عدد قليل من هذه الدراسات والتي لا تتعدى أصابع اليد، وتعتبر ملائمة من حيث التصميم والبحث التجريبي، ومن هؤلاء خمس دراسات فقط اعتبرت مؤكدة لفكرة فعالية العلاج النفسي ودراستين منهم أعطيت نتائج إيجابية وواحدة فشلت في الوصول إلى نتيجة موجبه وفيما يلي تلخيص لبعض هذه الدراسات:

فقد قارن شلين وزملاؤه (Shlien et al.,) بين فترة العلاج وفترة الانتظار، وذلك بين مجموعة العلاج المتركز حول المريض في وقت محدود (٢٠ جلسة خلال أسبوعين) مع مجموعة ضابطة كان عليها أن تنتظر ثلاثة أشهر قبل العلاج قد أظهرت مجموعة العلاج انخفاضا كبيرا في السخط وعدم الرضا Dissatisfaction مع النفس، أي تحسنت أكثر مما أظهرت المجموعة الضابطة المنتظرة وفى نفس الدراسة حضرت مجموعة أخرى ٢٠ جلسة من الجلسات العلاجية وقد تحسنت بنفس المعيار أكثر من المجموعة الضابطة، ولم تكن مختلفة عن مجموعة العلاج المتمركز حول المريض.

وقد اختار المعالجون النفسيون "ستون وزملاءه (Stone et al.,) مجموعتين من مرضى العصاب بدون توجيه خاص المجموعة الأولى: وهى حالات علاج فردية تشمل على الأقل ساعة واحدة في الأسبوع، والمجموعة الثانية وهى حالات أقل اتصال بالمعالج حيث أن كل مريض كان يعالج منفردا لمدة ٣٠ دقيقة كل أسبوع واختيرت هذه المجموعات

بحرص، بحيث تتساوى في العمر، والجنس، والخلفية الاجتماعية والتشخيص، وطول فترة المرض، وخبرة المعالج النفسي. وتم تطبيق مقياس لعدم الفاعلية الإجتماعية على المرضى قبل وبعد ستة أشهر من العلاج، وعلى فترات متتابعة وآخر مرة كانت بعد خمس سنوات من انتهاء العلاج. وبعد انتهاء فترة ستة أشهر للعلاج تبين أن مجموعة العلاج الفردي انخفض لديها عامل عدم الفاعلية الإجتماعية أي زادت فعاليتها الإجتماعية أكثر من مجموعة الأقل وهذا الفارق استمر لمدة ١٨ شهراً وذلك من خلال المتابعة إلا أنه بعد خمس سنوات متابعة لم يكن هناك فرقاً بين المجموعتين مع العلم بأن كلتا المجموعتين أظهرت ميلا كثيراً في اتجاه التحسن المستمر على طول فترة المتابعة. ولم يجد بارون وليرى Barron & Leary أي فرق باستخدام التقرير الذاتي لاختبار الشخصية متعدد الأوجه بين مرضى العصاب والذين يتلقون علاجاً نفسياً فرديا أو جماعياً، بالتحليل النفسي، أو الجماعة الضابطة التي انتظرت ستة أشهر من أجل العلاج. وقد تم تقسيم المرضى في مجموعات على أساس التشابه الكامل في نوع المرض (التشخيص) وشدة المرض، ومستوى التعليم، بالإضافة إلى النفسيين أمضى كل منهم ثلاث سنوات خبرة قبل التخرج في البحث والعلاج على كل حال يتبقى سؤالا، كيف اختير المرضى للمجموعة الضابطة المنتظرة ؟.

ومن ثم فإن الدراسات آنفة الذكر لازالت قاصرة عن المعيار المفضل لتصميم البحث العلمي ولكنها على الأقل تمثل بعض أفضل البحوث في قياس الفعالية العامة للعلاج التقليدي وهناك دراستين أخريتين أجريتا بواسطة بيرجن Bergin وتروواكس وكارخوف Trauy & Carkhuff تساءلتا هل قدم بعض المعالجين النفسيين المساعدة لمرضى العصابات، وكانت النتيجة الإجمالية بأن متوسط التحسن للمرضى الذين يتلقون العلاج يقترب من المجموعة الضابطة غير المعالجة. إلا أن بيرجن أعاد تحليل المعلومات التي حصل عليها

من عدة دراسات علاجية ووجد أنه في سبع دراسات أن هناك زيادة واضحة في تغيير سلوك مجموعة العلاج أكثر من المجموعة الضابطة. تماما كما وأن بعض المرضى كان يبدى تحسنا ملحوظا بينما البعض الأخر كانت حلتهم تسوء بشكل واضح.

وتوصل تروكس وكار خوف بعد مراجعة عد من الدراسات أن المعالج النفسي الكفء ينبغي أن يتميز بعدة خصائص وصفات مثل:

١- الأصالة والصدق Geniuses.

٢- الدفء والحماية من غير تملك No possessive Warmth وبالتالي يعطى المريض العطف والحنان من عير سيطرة.

٣- المشاركة الوجدانية الصحيحة Accurate Empathy.

ومن يتمتع بهذه الخصائص فإنه يقدم علاجاً فعالاً بعكس أولئك الذين لا يتمتعون بهذه الصفات فإن علاجهم غير فعال. فمثلا في دراسة أخرى (لتروكس وزملاؤه) وجدوا أن المعالجين الذين يتسمون بالخصائص المذكورة سابقاً كان لديهم ٩٠% نسبة تحسن مع مرضى العصاب الذين يعالجوهم، وأن منخفضي هذه الخصائص كان لديهم فقط ٥٠% نسبة تحسن. قد يرجع سبب التحسن إلى أن أولئك المرضى الذين يحبون ويحاولون التحسن، ويستفيدون من صفات المعالج النفسي، الأصالة والصدق، الدفء، والمشاركة الوجدانية، كما أظهر (تراوكس) أن المعالجين يحافظون على مستوى ثابت لهذه الأخلاق والصفات مع مختلف المرضى، وهذه النتيجة لا يمكن نفعها لو أن صفات المريض أخلاقة أثرت في تغيير هذه الصفات لدى المعالج.

وبلا شك فالمعالج القدير هو الذي يستطيع أن يمسك بخيوط العلاج المعقدة ويستمر مع المريض حتى الشفاء. فالمعالج الذي لا يتمتع

بالصفات الأصيلة، لا يمكن إن يكون قادرا عل تسهيل تسلسل التداعي الحر وإعادة المواقف أو الخبرات الإنفعالية المسئولية عن الأعراض، وربما لو حدثت إعادة التجربة فقد يتصرف المعالج بطريقة لا تساعد، أو ربما تجعل الوضع أسوأ بالنسبة للمريض وهذا الفرض معقول إلى حد ما، ذلك الذي يقول أن الأبوين اللذين يفتقران إلى الانفتاح والشرف ويتصرفان ببرود وعدم المسئولية وغير حساسين للكبت الإنفعالى أو المشكل التي يواجهها طفلهما، يمكن أن يلعبا دوراً في تطوير الاضطراب والحالة بمثل هذا الجو القائم فلن يكون هناك مفاجأة أن يقاوم المريض المعالج النفسي فيما لو كانت فيه بعض الصفات السيئة الموجودة في الأبوين، وسوف يؤدى ذلك إلى زيادة الصعوبات الداخلية للمريض وإلى ضيق موضوعي.

كما يهدف معظم المعالجين النفسيين لا إلى أن يغيروا تصرفا خاصاً أو عرضاً معيناً ولكن ليؤثروا في قرارات الصراع النفسي الداخلي للمريض، أي مساعدة المريض على تغيير كل نظام حياته ونظرته إلى نفسه وإلى الناس هذا الهدف يجعل من الصعب تقدير فعالية العلاج، أنه من الأسهل أن نقيس مثلا، مدى تخلص الشخص من هيبة التحدث أمام المشاهدين، أكثر من قياس مدى التغير في نظام حياته. جزء آخر، من الصعوبة في تقديم فاعلية العلاج التقليدي هي أننا ليس لدينا طرق لقياس مدى ما أنجز من أهداف العلاج بطريقة فعالة وكافية.

هـ ـ علاج الأسرة: Family Therapy

التطور الهام الذي حدث في العشرين سنة الأخيرة للعلاج، وكان في مجال علاج الأسرة كمجموعة؛ إذا كانت الأسرة مهمة كما نتصور في خلق وتطور السلوك العصابي، فمن المنطق أن نشملها مباشرة في العملية العلاجية وقد استغرق كثير من المعالجين وقتا أطول للوصول إلى هذا التفسير وأخذه بجدية وقد كان أصحاب نظرية التحليل

النفسي التقليدي على رأس المقاومين لهذا النوع من العلاج، ويعللون ذلك بأن رؤية فرد واحد من الأسرة في وقت واحد لن يسمح لهم بالبقاء على الحياد، أو عدم الانحياز في وجه أعضاء الأسرة المتنافسين، فقد تأتى الأسرة للعلاج ومعها حالة من التوتر الإنفعالى، وهنا قد يجد المعالج نفسه أمام عضو يقوم بدور الجلاد وآخر بدور الضحية وثالث مسالم، قد يجد نفسه أمام سلسلة من الدفع والهجوم، واللوم، والإنكار، والتبرير، الإسقاط مما يؤدى إلى توتر واضطراب أكثر وربما تضخيم أكثر من اللازم للمشكلة لحقيقية. ويعترف معالجو الأسرة أيضاً بهذا الخطر ولكنهم يشعرون أن المخاطر والمساوئ تساوى الحسنات والنتائج التي سيحصلون عليها أن لم تكن أقل.

وربما يختلف المعالجين المؤمنين بهذا الأسلوب العلاجي في تقنياتهم ووسائلهم العلاجية ولكنهم جميعاً يؤكدون على استعمال التفاعل المستمر بين أفراد الأسرة أثناء الجلسة العلاجية كأساس لمعرفة داخلية وشاملة للعلاقة بين أفراد الأسرة مثل: من يفعل هذا ولمن ؟ ومن يجلس بجوار من ؟ ومن يظل متجهماً ومن يبتسم إذا اقترب من ؟ وهذا فهناك الكثير من الأسرار يستطيع المعالج أن يصل إليها من خلال التفاعل الأسرى وما يترك على الفرد وبالتالي تكون فرصته كبيرة لصياغة تفاعلات جدية وملائمة بين أفراد الأسرة.

وعلى الرغم من أن فرداً واحداً من الأسرة معروف أصلا بأنه في حاجة إلى العلاج إلا أن هناك أسباب تجعل أن لم يكن كل أفراد الأسرة يتقابلون في دورة علاجية وهذه الأسباب هي:

١ - أن ملامح هامة للتفاعل بين أبناء الأسرة والمرتبطة بالأمراض النفسية ، تبدو واضحة أمام المعالج وأمام الأسرة أسرع بكثير مما لو اعتمد المعالج على التقرير الشفهي غير المباشر للمريض، كما في العلاج الفردي.

٢- ربما يقاوم أفراد الأسرة الأخريين غير المشتركين مباشرة في دورة العلاج المجهودات الأولية المبذولة مع المريض ليتصرف تصرفا مختلفاً، ومن هنا فأنه عندما تتقابل الأسرة بالكامل فإن محأولات المقاومة هذه يمكن التعامل معها كجزء من العلاج، وتؤكد هذه النقطة الفكرة العامة أن المرض النفسي يستقر في نظام الأسرة الكبير وليس في شخص منفرد، وتبعاً لذلك، فإن الذي يجب تغييره هو نظام التفاعل الكبير بين أفراد الأسرة.

٣- ربما يحدث العلاج البديلى Vicarious therapy عندما يراقب المريض آخرين يعبرون عن مواقف ومشاعر هامة ويجربوا الاستجابة بصيغ جديدة فإنه تبعاً لذلك يميل للتعبير عن ردود فعله مباشرة وبالتالي يجرب صيغ جديدة للاستجابة.

٤- يجعل التفاعل السريع في الجلسة العلاجية من الصعب تفادى المشاكل الجارية بالانغماس في مناقشات عقلية وذهنية عن الأحداث الماضية وتحليل الأحلام وخلافة.

العلاج بالمواجهة: Encounter Therapy

لقد سلط عديد من المعالجين النفسين أمثال كمبلر Kempler ، بيرلز Perls وروجرز Rogers على التفاعل السريع بين المعالج والمريض (أو بين الأسرة أو أفراد المجموعة) وأخفقوا في التأكيد على البناء التاريخي لأصول الاضطراب ومدى فعاليته.

وتعتبر شخصية المعالج الذاتية والانفعالية عنصراً هاماً في زيادة الكبت الإنفعالى لهذه المواجهات (بين المريض والمعالج) فالنقاش العقلي عن سبب تصرف شخصي بطريقة معينة أو عن الأحداث الماضية في حياته، تعتبر استراتيجيات لتفادى الاتصال الودي والعاطفي الصادق بين المعالج ومريضة.

والهدف الهام لهذه الوسيلة العلاجية هو تشجيع وتعزيز التعبير الصادق لردود الفعل الإنفعالية أو التجريبية وبالتالي فالتزييف والخداع من أي نوع سوف يهاجم بشده ثم يوقف.

ح- العلاج السلوكي للاضطرابات العصابية:

يسعى أصحاب العلاج السلوكي إلى استخدام مبادئ وقوانين السلوك والتعلم، في محاولة لحل المشكلات السلوكية، وذلك بالتحكم والضبط والتعديل في السلوك المرضي المتمثل في الأعراض. أي أنهم ينظرون إلى المرض النفسي بأنه هو العرض وهو عبارة عن عادات سلوكية خاطئة متعلمة ومكتسبة، وبالتالي لا يهتمون بالخلفية الموجودة في العرض كما في العلاج النفسي التحليلي، وعليه فإن علاج السلوك أو تعديل السلوك عبارتان مترادفتان سوف يستخدمان باستمرار لتشير إلى توجيه عام أكثر مما تشير إلى نظريات أو تقنيات معينة وهذا التوجيه يشمل الأتي:

١- يجب أن تعين وتحدد بوضوح الخصائص النفسية أو السلوكية المطلوب تغييرها.

٢- البحث عن الظروف الخارجية للبيئة والتي تتحكم في السلوك المضطرب والتأكد من، برنامج التعديل يمثل محاولة مباشرة لتغيير المثيرات المميزة، والأحداث المعززة والتي يبدو أنها تبقى الصفة غير المرغوبة (السلوك المضطرب).

٣- لا تعتبر العلاقة بين المعالج والمريض صفة مركزية رئيسية في وسيله العلاج وتتكون فنون وتقنيات تعديل السلوك كما يلي:

أ- الإشراط التقليدي (الكلاسيكي).

ب- التعليم الإجرائي.

ج- المعارف الوسيطة (التكوينات الوسيطة).

د- التعليم بالملاحظة (المراقبة).

هـ - الجمع بين هذه الوسائل كلها أو بعضها.

أولاً: نموذج الإشراط الكلاسيكي:

The classical Conditioning Model

توجد ثلاثة برامج للمعالجة المبنية على أساس نموذج الإشراط الكلاسيكي وهى:

١- الإشراط المضاد أو التحصين التدريجي.

٢- الإشراط المنفر.

٣- الإخماد (الانطفاء).

(١) الإشراط المضاد أو التحصين التدريجي:

Counter –Conditioning or Desensitization

يشير الإشراط المضاد أو التحصين التدريجي (إزالة الحساسية) إلى وسيلة أو طريقة لإحلال رد فعل إنفعالى محل آخر كاستجابة مشروطة على أساس مستوى وظائف الأعضاء العصبية ويعتقد بأن الاستجابتين الانفعاليتين متضادتين، وأن للاستجابة الأقوى تميل لمنع (كف) الإستجابة الأضعف. وهكذا، لو أن مثيرا مشروطا حدث وأنه يميل لإظهار إستجابة مشروطة سابقة مثل الخوف، وفى نفس الوقت وضع الفرد في موقف ليحصل من خلاله على استجابة الانفعالية أقوى بالاشتراك مع استرخاء عميق أو كل أو بعض ردود الفعل السارة (المتعة الجنسية) فإن الاستجابة الثانية والتي هي أقوى ستمنع استجابة الخوف وتكرار هذا البرنامج عبر سلسلة مناسبة ومتدرجة لمخاوف المريض والمعدة فإن استجابة الخوف لهذا المثير المشروط يمكن تستبدل بالكامل.

وقد استطاع وولب Wolpe أن يطور برنامج منظم لدرجة كبيرة، مؤسس على مبادئ الإشراط المضاد واستخدم بكثرة لعلاج ردود فعل الخواف والقلق. وكانت فكرته تتلخص في أن يضع المثيرات التي تسبب الخوف في سلسلة متدرجة من المثيرات تدعى البناء الهرمي للقلق Anxiety Hierarchy أو القلق التصاعدي، والتي تمثل في أحد طرفيها موضوع الخوف نفسه وفي طرفها الثاني مثيرات نسبيه تثير قليلا أو لا تثير القلق.

فمثلاً، شخص لدية ردود فعل شديدة للقلق أثناء تأدية الامتحانات ينشئ هرم القلق كما يلي:

١- التفكير بتأدية امتحانات في البيت أثناء عطلة الصيف.

٢- الجلوس في غرفه الفصل (مكان الامتحان) في يوم ليس فيه امتحان.

٣- الدراسة والتحضير للامتحان قبل ثلاث ليال.

٤- الدراسة والتحضير للامتحان قبل ليله واحدة.

٥- الجلوس فئ مكان الامتحان والبدء في تأديته.

وكل بناء هرمي للقلق يصمم ليواجه احتياجات شخص معين. اعتماداً على تقدير الشخص للخصائص المنشئة للقلق، وذلك في مقابله علاجية مع المعالج يستطيع بعدها أن يقيم الهرم الذي يناسبه. وتبعاً لبناء هرم القلق، يتم تعليم (تدريب) الشخص على صنع استجابات عاطفية مضادة، وهذه عادة تشمل تدريبه، كيفية تحقيق استرخاء عضلي عميق وفيما يلي تفسير موجز لبرنامج جاكسون Jackson :

- يتعلم الشخص كيف يميز بين العلاقات المشتركة مع توتر العضلات و الاسترخاء بأن يركز ويواظب على مجموعات عضلية معينة بينما تشتد ثم تسترخي. ثم يتمرن على الاسترخاء لمعظم المجموعات

العضلية الهامة (الجبهة– الفم – الرقبة – الأذرع – المعدة. .. الخ)
وتكرس من أربع إلى ست جلسات لبناء هرم القلق والتمرين على الاسترخاء. ويبدأ بعدها برنامج إزالة الحساسة (الإشراط المضاد) المنظم.

- يكون المريض في حالة استرخاء عضلي عميق، ويطلب منه أن يتخيل أقل العلامات إثارة للقلق (بداية هرم القلق) على أن يشير بأصبعه عندما يبدأ الإحساس بالقلق. وإذا استطاع أن يتخيل العلامة الأولى لمدة خمس ثواني بدون أن يشير بحدوث القلق ساعتها يطلب المعالج منه أن يتوقف عن التخيل لفترة بسيطة ويستعيد الاسترخاء.
- تم يطلب منه أن يتخيل العلامة الأولى ثانية ويتم التكرار لعده مرات بدون حدوث القلق فالمعالج يتقدم نحو العلاقة الثانية من الهرم. وعندما يسير المريض إلى حدوث القلق، فالمعالج يوقف في الحال رؤية المثير، ويستعيداً المريض استرخاء ويعود للعلامة ثانية، ثم يتابع البرنامج حتى يستطيع الشخص أن يتخيل ويرى مثير الخواف تكرار بدون حدوث القلق.

فعالية إزالة الحساسية (التحصين التدريجي):

Effectiveness of Desensitization

توجد العديد من التقارير الإكلينيكية تؤيد فعالية التحصين التدريجي فقد أفاد وولب Wolpe أنه خلال تسع سنوات من التمرين الخاص على ٢١٠ مريضاً من المرضى العصابيين، حيث كان العلاج الرئيسي هو التحصين التدريجي أن ٩٠% منهم شفوا تماماً أو تحسنوا كثيراً، بمعدل ٣٠ جلسة علاجية. وأفاد لازاروس Lazarus أيضاً أن ١٨ طفلا من لديهم الخواف شفوا كلهم بمعدل ٩,٥ جلسة علاجية على أساس وسيلة باستخدام التحصين التدريجي.

ولا تشير الدراسات الإكلينيكية المشار إليها، بشكل جوهري وعام إلى فعالية البرنامج ولحسن الحظ توجد ثلاثة معايير تحكم صفات البحث الجيد وبالتالي البرنامج الجيد المشار إليها سابقا وبالتالي فهناك دراسات قليلة التزمت بهذا المنهج تقويم فعالية التحصين التدريجي مثل ما يلي.

فقد وجد لانج وآخرون Lang et al أن مجموعة التحصين التدريجي أكثر فعالية من المجموعة الضابطة بدون علاج، في تخفيض الخوف غير المنطقي من الثعابين السامة. شملوا في دراساتهم أيضاً حالة العلاج الكاذب ، أو الوهمى والتي تشمل دورات تدريب متشابهة في التنويم المغناطيسي، والاسترخاء ، والصداقة بين المعالج والمريض، وتطور البناء الهرمي في رؤية الثعابين. ولم تكن تصاعدية للبناء الهرمي بأي حال متزاوجة مع الاسترخاء. وهذه الحالة تعتبر وسط بين التحصين التدريجي، والمجموعات الضابطة بدون علاج.

وأوضح بول Paul تجريبياً فعالية إزالة الحساسية (التحصين التدريجي)، في تخفيض الخوف من التحدث أمام الناس، بين طلبة كلية جامعية. واختار الباحث من كان لديهم خوفاً شديداً، حيث تم أحد القياسات قبل وبعد العلاج فجعل الطلاب يتحدثون فعلاً مثل: تقويم سلوكي – تقرير ذاتي – قياسات فسيولوجية (ضربات القلب وعرق كف اليد) وتم اختيار الأفراد المعالجين اختياراً عفوياً وصنفوا في المجموعات التالية:

١- إزالة الحساسية المنظمة.

٢- العلاج النفسي الموجة بالاستبصار

٣- العلاج الوهمى (الحبوب الوهمية المنبهة)

٤- بدون علاج.

وقد مر الأفراد المعالجين جميعهم بتجارب كثيرة في العلاج النفسي بالاستبصار والعلاج التقليدي، وليس لديهم تجارب سابقة مع التحصين التدريجي، وقد تعرضوا لثلاثة موضوعات منفصلة في كل نوع أنواع العلاج الثلاثة، فترة خمس ساعات كاملة أسبوعيا ولمدة ستة أسابيع، وكانت الوسائل المتبعة في العلاج مع أفراد المجموعات كما يلي:

- في حالة العلاج النفسي بالاستبصار، كان المعالج يحاول تخفيض القلق بمساعدة العميل بتبصره بمشاكله الاجتماعية الجارية أو الكشف عن صراعات المريض وتوجيهه نحو السلوك الموجب، لتتحسن رؤيته إلى نفسه ويزداد استبصاره.
- في حالة الدواء الوهمي، يقدم المعالج الاهتمام والدفء بالإضافة إلى حبوب وهمية، بينما المريض يقوم ببعض الواجبات، والتي كانت عبارة عن برنامج فعال في تخفيف الخوف الذي يمكن أن يعمم على الكلام العام (أمام الناس).
- المجموعة الضابطة تركت بدون علاج.

وقد وجد أن برنامج العلاج بالتحصين التدريجي أنه أكثر فعالية بكل القياسات من الثلاث أنواع العلاجية الأخرى. كما تبين أن العلاج النفسي الموجة بالاستبصار، والحبوب الوهمية كانت أكثر فعالية على الترتيب من مجموعة بدون علاج. وقد تم بناء فهرس شامل من التحسينات على أساس قياسات العلاج النفسي السلوكي، والتقارير الذاتية، وقد أعطيت النسب المئوية الآتية لأشخاص اظهروا تحسنا من خلال البرنامج التي طبقت عليهم.

١ - التحصين التدرجي (إزالة الحساسية) ١٠٠%.

٢ - العلاج النفسي الموجه بالاستبصار ٤٧%.

٣- الدواء الوهمى المنبه (العلاج الوهمى) ٤٧%.
٤- بدون علاج ١٧%.

وكانت هناك متابعة لمدة سنتين وستة أسابيع لاحظ خلالها بول Paul أن هذه التأثيرات استمرت، ولم يكن هناك إشارة إلى أي فرد قد طور أعراض جديدة في نهاية العلاج أو المتابعة. وتعتبر هذه الدراسة استثنائية ومنفذة جيداً ويبدو الاستنتاج لا مفر منه، أن التحصين التدريجي هو العلاج الأفضل. وأنها تدعو لاهتمام حيث أن فيها العلاج النفسي بالاستبصار لا يعطى نتيجة أفضل من العلاج الوهمى المنبه البسيط وان كلاهما كان فعالاً لدرجة غير بسيطة ٤٧% تحسناً.

أعراض إبدالية في التحصين التدريجي:

عند استخدام الإشراط المضاد والعلاجات السلوكية الأخرى من قبل المعالجين، فقد أكد أصحاب العلاج النفسي التحليلي أن إزالة الأعراض بهذه الطريقة يعتبر علاجاً سطحياً جداً ذلك أنهم يعتقدون حسب نظرياتهم أن الصراعات المختفية وراء الأعراض أي المسبب لها لم تعالج، ولم يتعامل معها وبالتالي فإن أعراض أخرى سوف تستبدل العرض المزال حالا وتحل محله.

ولكن في الحقيقة تبين عكس ذلك، فعند استخدام العلاج بالتحصين التدريجى بطريقة صحيحة مع المثيرات التي تسبب الخوف، ولم يحدث استبدال للعرض. فقد حصل لآنغ وزملاؤه وبول على قياسات للخوف في أوضاع غير تلك التي أزيلت بواسطة التحصين التدريجي. ولم يجدوا أي إشارة على زيادة الخوف لمثيرات أخرى.

هذا وهناك العديد من النماذج الفردية، التي عوجلت بواسطة التحصين التدريجي، والتي لم يجد الباحثون فيها شيئاً عن علامات لاستبدال العرض. -

٢ـ الإشراط المنفر: Aversion Conditioning

في الإشراط المنفر تجد أن رد الفعل المنفر مشروط بمثير يظهر السلوك غير المرغوب فيه أو خصائصه نفسها، مثلا، استجابة القئ يمكن أن تكون مصحوبة برؤية أو شم الكحول للشخص المدمن. وسوف يتعلم الشخص نظرياً كيف يتجنب المثير أو السلوك غير المرغوب من أجل أن يتجنب رد الفعل المشروط. وهذا البرنامج العلاجي يمثل نموذج لبرنامج العقاب، حيث يعتقد أن التأثير السالب المشروط يعطى الدافع لدوام استجابات التجنب في غياب عقوبات خارجية أشد.

والمثيرات غير المشروطة التي استعملت لإحداث ردود فعل منفردة قوية هي الصدمة الكهربية المؤلمة، القئ بالعقاقير مثل المورفين وتعليمات للتفكير في أشياء تسبب الضيق والكرب، والسلوك الذي يعالج بهذه الوسائل هو السلوك الذى يريد فيه المريض أن يتغير، ولكن لا يستطيع، وهى التصرفات التي لها صفة الإجبار فالاستعمال الناجح لعلاج الحالات الفردية والمجموعات الصغيرة (عدا مجموعات الضبط) تقررت العلاج لعلاج السلوك الجنسي والإجباري ولعلاج إدمان الكحول. وتشير محاضرات التعلم الحيواني إلى أنه تحت حالات معينة العقاب يمكن أن يؤدى إلى تأثير متناقص لتقوية الاستجابة التي عوقبت ويمكن استنتاج دلالة واحدة ذات معنى من محاضرات الحيوان وهى أن العقاب أكثر تأثيرا في إيقاف الاستجابة التي دامت بالتغير الموجب أكثر من إيقاف الاستجابة التي دامت يتجنب مثير منفر.

وفيما يتعلق باضطرابات الإنسان، وتلك الأعراض مثل: الانحراف الجنسي، والكل الزائد عن الحاجة، غالبا ما تدوم بواسطة معزز موجب مباشر، وبالتالي فيجب أن تعالج أكثر الإشراط المنفر، أكثر من الأعراض التي تدوم على أساس تعلم الأحجام (التجنب)

وسوف يشمل النوع الأخير التجنب العضوي كما في الخوف، وسلوك معين قهري أوسواس، واستجابات تجنبيه أخرى.

ويفضل عدد كبير من المعالجين استخدام برامج العلاج بالاشتراط المنفر، فقط كملجأ أخير للوسائل العلاجية الأخرى الأقل إزعاجاً، وقد أفاد لازاروس ١٩٦٥ بدراسة الحالة الآتية مستخدماً الإشراط المنفر لعلاج السلوك العصابي:

(.... الحالة فتاة، عمرها ١٩ سنة لديها دافع قهري شديد لغسل يديها كلما لمست نفسها. بدأ هذا السلوك عندما كانت في الخامسة عشرة، حيث مارست الجنس مع ابن عمها، نتج عن ذلك مقدار كبير من الذنب والاضطراب الانفعالي، مكوناً خبرة آليمة لدى الفتاة، في البداية استخدام لازاروس التحصين التدريجي بمعدل ٣٠ جلسه علاجية حيث نجح في علاج قلقها عن الجنس بالاشتراط المضاد، ولكن غسل يديها القهري بقى، استخدام معها العلاج بالاشتراط المنفر، حيث أمرت أن تلمس نفسها ثم تصدم (تعطى صدمة كهربية) إذا بدأت تغسل يديها، وبعد عدة أشهر تخلصت تماماً من الأعراض، ولم تطور أية أعراض أخرى.

٣ـ الإخماد (الانطفاء) Extinction:

هي عبارة تستخدم لتصف وضعا يكون فيه ظهور المثير المشروط لم يعد معززاً، وبالتالي فإن عدم تعزيز الاستجابة يؤدى إلى حدوث الانطفاء فقد طور (ستامبفل وليفس) Stampfl & Levis وسيلة تقنية تدعى العلاج بالتجاوز أو بالزيادة Implosive Therapy والذي يشمل الزيادة أو التجاوز للمثير الذي يظهر التأثير السلب فمثلا الشخص الذي لدية خواف من العنكبوت، يمكن أن يطلب منه يتصور نفسه قد وقع في عش ملئ بالعناكب. ويوصف له لباس العناكب وكسوتها بطريقة مرعبة. كذلك العناكب يمكن أن تزحف وتدخل في ملابسه، وهو يشعر بهم يزحفون على وجهه ويعضونه، ويمكن أن يقع

فـي نسيج عنكبوت ضـخم. وقد طـور بعض معالجي التجاوز مهاراتهم فـي خلـق رعـب حقيقـي يجعـل أفـلام الرعـب فـي هولـيود تـبدو ألـيفة بالمقارنة. ويجب أن ينتهي العلاج عندما تتوقف التأثيرات السالبة.

ونظـريا، يمكـن أن تـرى الوسـيلة محاولـة لإخمـاد تأثـير سـالب لسلسلة واسـعة مـن المثيرات وبـالذات التغيرات العديـدة للوهـم المتقن. والوسيلة تعتبر وسيلـة إخماد من ناحية أن ليس هناك معززات خوف ولـن يحدث إذا ومـن ناحية أخرى فتفاصيل البرنامج (الوسيلة العلاجية) ليست معينـة بوضـوح، كما فعل وولب في التحصين التدريجي، مع العلم بـأن المهارة الفنية والإكلينيكية لا بـأس بها وقد استخدام فـي إنتاج الوهم المتقن.

وقد قـارن بريت Barrett العلاج بالتجاوز مع العلاج بالتحصين التدريجـي فـي تخفيف الخـوف الشـديد مـن الثعابيـن مباشـرة بعـد إنهـاء العـلاج وبعد ستة أشهر مـن المتابعة وجد أن الوسيلتين متساويتين فـي التأثير بالمقارنـة مع مجموعة ضـابطة (بدون علاج) واستخدمت أيضاً التقارير الذاتية في الاختبارات السلوكية في الدراسة.

وممـا يدعـو لاهـتمام أن نفـس درجـة التأثـير التـي حصـلت مـع برنامج التجاوز تمت فـي ٤٥% فقط من الوقت المستغرق في التحصين التدريجـي (الـذي أعطـى نفس التأثير) فقد استغرق العـلاج بالتحصـين التدريجـي ٩,١ سـاعة (٣,٣ سـاعة فـي التدريـب + ٥,٨ سـاعة فـي العلاج) بينما استغرق العـلاج بالتجاوز ٤,١ ساعة (١,٧ ساعة تدريب + ٢,٤ ساعة علاج).

وقد وجد ميليا ونـواز Mealiea and Nawas أن التحصـين التدريجـي أفضـل من العـلاج بالتجاوز فـي تحقيق الخـوف غير المعقول من الثعابين وفعالية العلاج بالتجاوز غير مؤكده في هذا الوقت، حيث أن أكثر من المعالجين يرى أن تقنيات إظهـار القلق من هذا النوع يمكن

أن يؤدى على زيادة حساسية الشخص تجاه الخوف أكثر من تخفيض تلك الحساسية.

ثانياً: نموذج التعلم الإجرائي The Operant Learning

يحاول المعالج في هذه الوسيلة أن يعدل السلوك المنحرف مع مراعاة ما يلي:

١ - إزالة المعززات التي يمكن أن تحفظ وتديم للسلوك المنحرف.

٢ - استخدام عقوبات متتابعة منفرة للسلوك المنحرف.

٣ - تعزيز سلوك جديد أكثر قبولا.

ويعتبر تحليل المثير المميز والأحداث المعززة المصاحبة له أساسية منذ البداية في تخطيط البرامج المستخدمة وهناك تقارير عديدة للاستخدام الناجح لوسيلة العلاج الإجرائي مع الأطفال العدوانيين والخارجين عن التحكم. وقد قدم آلن وها ريس Allen and Harris مثالاً ممتازاً للعلاج الإجرائي في محيط الأسرة. وفيما يلي هذا المثال:

(. .. ديانا فتاه عمرها خمس سنوات، ظلت لمدة سنة تحك نفسها - حتى تنزف مما نتج عنه التهابات كبيرة وجرب في الوجه وذراع وساق واحدة. ولم تفد الاستشارة الطبية النفسية في إيقاف الحك وكان الأب يصفعها أحيانا بشدة عندما تحك جلدها، والأم كانت أيضاً تنتقدها بشدة ولكن بدون فائدة. وصرحت الأم أنها بدأت تكره الطفلة بشدة وكانت تشمئز لمجرد رؤيتها لدرجة أنها شعرت بأنه من الأفضل لو وضعت في خارج البيت أي تعيش في مؤسسة.

وقد تم ملاحظة الأم والبنت قبل العلاج خلال ١٥ دقيقة لمعرفة التفاعل بينهما، وطلب من الأم أن تحتفظ بسجل لعلاقاتها مع ديانا لمدة أسبوع. وأوضحت النتائج أن الأم كانت تتكلم مع ديانا فقط لانتقادها ولتوبيخها أو لتحاضرها، وكان هذا حقيقة ليس فقط من أجل الحك ولكن

من أجل تصرفات أخرى غير الحك ومع أن ديانا لم تكن تحك، فمثلاً عندما تندمج فى لعبة بنائية) فوجد أن الأم لم تقبل أبداً هذا السلوك (بدون حك) وقد طلب من الأم أن تتجاهل سلوك الحك وذلك من أجل عدم تعزيزه بواسطة الانتباه كذلك أعطاء ديانا الموافقة والاهتمام لأي تصرف تقوم به بدون حك مثال، عندما تلعب مع ألعابها أو تنظر في كتاب. ولكن وجد أن الأم من الصعب عليها الاستجابة للطفلة بطريقة إيجابية، لذلك وضع برنامج من أجل تعزيز اضافى، وذلك بإعطاء ديانا نجمة ذهبية لكل ٣٠ دقيقة تقضيها بدون حك وبين مجموعة النجوم كانت تكافئ أحيانا بفطيرة كعك أو مشروب مفضل.

وبعد أسبوع من بداية برنامج العلاج، أفادت الأم بالانخفاض الحك خلال النهار واستمراره بالليل. وروجع البرنامج ليشمل معزز قوى وجعله مشروط بعدم الحك خلال الليل. واتصلت الشروط بلعبة ديانا وأدت المطلوب كمعزز قوى ، وذلك بأن يتخذ قرار كل مساء يوم تقضية بدون حك، وهو أن تذهب ديانا مع أمها إلى السوق لتشترى اللعبة والتي ستؤدى دور المعزز لليوم التالي، على أن توضع اللعبة على الرف بشكل واضح، فإذا لم هناك أي أثر لحك جديد في الصباح تعطى ديانا اللعبة.

وفى نهاية الخمس أيام من البرنامج المعدل، أفادت الأم بأن ديانا لم تحك أربعة أيام وأربعة ليالي. واستمر التحسن، حيث أن الالتهابات بدأت تلتئم حتى نهاية الأسبوع الثالث للعلاج عندما أخبرت الأم تليفونياً أن البرنامج كله قد سقط وأنهار، فقد عادت الطفلة للحك بشدة خلال الليل، ومن جنون الأب وفى الصباح صفعها على وجهها، وكان كلا الأبوين على استعداد لهجر العلاج، كعلاج عقيم عديم النفع، وطلب من الأم أن تعطى تقريراً مفصلاً عن اليوم السابق، وظهر من خلاله سبب عودة البنت إلى الحك. فقد طلبت ديانا لعبة غالية الثمن وأصرت عليها،

وتضايقت الأم وأخبرتها أنها يجب أن تأخذ لعبة أخرى وتحبها. وديانا تحب اللعبة وغضبت وتغير لونها، وفى هذه الليلة عادت للحك ثانية. وعرفت الأم الخطأ وأعيد البرنامج إلى سابقة، بعد أن كسبت ديانا اللعبة المرغوبة وبعد ستة أسابيع كاملة من العلاج، شفيت كل الالتهابات وقد تم تخفيض المعززات مثل النجوم الذهبية والألعاب تدريجيا حتى نهاية العلاج. ثم أوقفت العقوبات الشديدة غير المعقولة، كذلك الشجار بين الأم والب على برنامج النظام والانضباط اختفت. بعد أربعة أشهر لم يحث انتكاس للحالة. ....).

وتوضح هذه الحالة استعمال المعززات للسلوك المنحرف، والمعززات الإضافية للسلوك السليم في محيط الأسرة، وتشير أيضاً إلى الخبرة العامة في العلاج السلوك أهميتها وذلك للتعقيدات غير المتوقعة والتي تستطيع أن تتلف أو تضعف أي برنامج مستخدم ما لم يكن البرنامج محدداً جيد الأعداد.

وتوضح دراسة باتر سون Patterson استخدام برنامج يبدو أنه يمثل الجمع بين التعلم الإجرائي وتقنيات التحصين التدريجي.

(. .... كارل طفل عمرة سبع سنوات، يعانى من خوف شديد من المدرسة وقد شمل العلاج أوضاع وأشكال الألعاب التي تمثل وتتوازى مع سلوك الخواف المدرسي. وتدرجت الأوضاع كما في التحصين التدريجي من أدنى إلى أقصى نشوء حالة القلق، وقدمت على هذا النظام وعندما كان كارل يصنع لعبته (اختير ولد في مثل سنه)، وكان يعمل أو ينطق بأفعال وكلمات تمثل خطوة في اتجاه الانفصال عن أمه ويتقدم في اتجاه العودة إلى المدرسة، وفى نفس الوقت كان يكافأ بقطعه من الحلوى بالإضافة إلى مديح شفوي. والخوف من كونه قد أوذي أو هوجم من زملاءه في ملعب المدرسة عوملت بنفس الطريقة. وبعد ٢٣ جلسة

تستغرق كل منها ١٥ دقيقة كان كارل يحضر إلى المدرسة بشكل منتظم. .....).

يشمل التعليم الإجرائي أشياء منفرة أو عقوبات، وبالتالي فلا يمكن الفصل بشكل كبير بينه الإشراط المنفر، فالأخير يؤكد دور الاستجابه التقليدية المشروطة التأثير السالب، بينما في التعلم الإجرائي يعتقد بأنه أسس على إزالة أو تفادى المثير الخارجي. وقد تبين أن استعمال حادث تال منفر متوسط التأثير، مع إبعاد بسيط عن المصدر المعتاد للمعززات أنه مؤثر فعال تماماً في تعديل السلوك العدواني السيطرة في الأطفال الصغار.

ثالثاً: التكوينات الوسيطة (المعارف الوسيطة):

تعنى المعرفة الوسيطة أية طريقة تفكير تخطر على البال، ويمكن أن تؤثر في السلوك الفرد ويعتبر تفسير الحوادث، والتوقعات عن أحداث المستقبل والخيالات وأحلام النهار، والرغبات المكبوتة كلها أمثله على المعارف الوسيطة ويتأكد دور المعارف الوسيطة من خلال مفهوم الأبصار فالاستبصار في العلاج السلوكي عادة يشير إلى الهلع أو الجزع من أحداث متوقعة من بين مختلف أنواع الأحداث فمثلا بين نوع معين لوضع خارجي، كمثال غضب شديد واستجابة القلق، أو بين غضب شديد وخضوع مهدئ (استسلام) الذي يخفف القلق، ويمكن أن يكون الاستبصار بالنسبة إلى الإحداث المتوقعة بين أوهام داخلية وقلق.

وفى العلاج التقليدي، يمكن أن يؤدى الاستبصار إلى ترك وزوال الأعراض العصابية. ولو لم يكن هذا الكلام كله صحيحاً فهناك على الأقل بعض الحقيقة في هذا الكلام ومن ثم النظرية التي تدعمه. فمثلا، شخص وجد نفسه تعثر في علاقاته العامة، بالتأكيد هذا يقوده إلى الإحساس بهم وكرب كبير، ولكن لدية فرصه أكبر لتجنيب مثل هذا الهم

لو استطاع أن يميز بدقة الخطوات الأولية التي أدت إلى هذه العثرات والعقبات في علاقاته (أي حدوث استبصار بالمشكلة).

وهناك وسيلة مختلفة للعلاج باستخدام المعارف الوسيطة وهى المحاولة الواضحة لتغيير نوع معين من المعرفة (بمعرفة أخرى تسهم في العلاج) وسيلة تبقى ثابتة مع توجيه العلاج السلوكي. وهناك إثبات بأن التفسير المعرفي مثل: الإنكار (ويُعنى الإغفال والإهمال للموضوع وعدم التفكير فيه) والعقلانية يمكن أن تخفف من التأثيرات السالبة.

وكان التأكيد على الإعاقة العصابية المصحوبة باستعمال (زائد عن الحد) كثير لاستجابات الأحجام أو التجنب. مثلا شخص يتجاهل ويغفل الإهانات والرفض الموجود فيمكن أن يؤدى هذا إلى تخفيض سريع وعال في التأثير السالب ولكن على المدى البعيد فإنه سيعانى من إعاقة نفسه. . ونحن نهتم بكيف نستطيع التفسيرات المعرفية تخفيض التأثير السالب بطريقة بناءة وعلاجية.

فقد استطاع أليس Ellis تطوير برنامج علاجي مبنى بالكامل على أساس فكرة الشخص أو تصوره لتفسير الأحداث، التي هي أصل كل الاضطرابات العصابية مثلاً شخص منتقد من زوجته أو أبويه أو رئيسه، يمكن أن يستجيب بالغم أو الكآبة أو القلق. وتبعا لما قرره أليس فإن رد الفعل الإنفعالى القوى يظهر وسيطا بالأفكار (كيف كان النقد لاذعا، كيف هو لم يستطيع أن يفعل شيئا صحيحاً) وقد طلب أليس من المريض أن يتوقف عن هذه الأفكار، ويتمرن على حفظ معارف بديلة مثل: (إنه لسوء الحظ أن انتقدني فلان ولكن لا تساوى أن اقلق نفسي بسببه)،(إذا فعلت أنا خطأ يمكن أن يصحح)، (فلان كان متسرعاً في انتقادي وهذه مشكلته وأخلاقه لا بأس، ولكن أنا لن أترك ذلك يزعجني).

وقد أكد بيك أيضا على أهمية تغيير المعارف في علاج الاكتئاب، ويفسر مرضى الاكتئاب عموماً التجارب والأحداث بطرق

ووسائل تضخم ردود فعلهم الإنفعالى للحزن والانطواء الإكتئابى. وقد وضع بيك عدة أمثلة مثل: فشل صغير يمكن أن يرى على أنه كبير لا يتحمل، كما كان الحال لأمر مشكلة لأنها لم تجد قلم في محفظتها وفكرت في نفسها (أنا لن أستطيع أبداً أن أجده) (تضخيم للمشكلة) أو خسائر طفيفة قد تفسر على أنها حرمان كبير مثال: رجل غنى حزن على فقد ١٥ سنت ليركب بهم قطار تحت الأرض. وردود فعل أناس آخرون قد تستجيب مع الأفكار، مثل: هو ينتقدني – هو يعتقد أنى فقير – هو يظن أنى طفل – هو يظن أنى غبي. فالتوقعات عن المستقبل عادة متشائمة لدى الأفراد، ولو أن شخصا تعهد أن يتم واجبا، فإنه يتوقع الفشل، لو بعمل اعتاد أن يكون سار فهو يتوقع أن يكون غير سار وغير مفرح.

رابعاً: التعليم بالملاحظة: Observational Learning

بنيت قدرة التعليم بالمحاكاة على أساس مراقبة نماذج تكون قد توثقت جيداً وأثبتت فعاليتها وقدرتها، والتي يمكن أن تكون عامل قوى للتغيير المطلوب بالعلاج. محتمل أن هذا العامل موجود لدرجة ما في معظم أنواع العلاج النفسي التقليدي والذي ما يقوم فيه المعالج كثيرا بدور النموذج للصيغ العصابية الخفيفة. ولم يقصد معالجو السلوك استعمال برنامج التعليم بالملاحظة كفن وحيد في علاج حالات منفصلة، ولكن كان هناك عدة دراسات تجريبية مقننه جيدا، تبين من خلالها فعالية هذا العامل.

فقد قام باندورا وزملاؤه .,Bandura. et al بتقدير سلوكي لخوف الأطفال من الكلاب قبل وبعد ثمان جلسات تستغرق كل منها عشر دقائق، حيث لاحظ الأطفال نموذج (بدون خوف) (دب يلعب مع كلب، وكان هناك مجموعتين ضابطتين (بدون نماذج). وفى الجلسات العلاجية النموذج (الدب)، يتقدم أولا بالترتيب الخفيف على الكلب

المحجوز في قفص، ويستمر خطوة خطوة إلى أن يدخل في القفص (حجرة الكلب)، ثم يحتضن الكلب تدريجيا ويطعمه، ووصلت المجموعة المعالجة بالنموذج إلى نتيجة وهى الاقتراب من الكلاب بدون خوف يذكر أكثر من المجموعة الضابطة، واستمر هذا التأثير لمدة شهر من خلال المتابعة.

في دراسة ثانية استخدم بان دوراً ومنلوف Bandura and Menlove عرض النماذج خلال فيلم، حيث كانت النماذج تقترب من الكلاب بدون خوف وحصلا على نفس النتيجة.

وقد أنجز بان دوراً وزملاؤه دراسة تمت فيها مقارنة برامج النماذج مع التحصين التدريجي. وتم اختيار المرضى عن طريق إعلان في الصحف، بتقديم المساعدة لمن لديه خوف شديد من الثعابين. والأشخاص الذين تم اختيارهم للدراسة، يمثلون أناس لديهم خوف حقيقي أثر في حياتهم اليومية. وكان هناك مثلا: أناس غير قادرين على السفر مشيا أو الإقامة في معسكر، مثل الأفراد الذين يتوقعون أن يخدموا في الهيئات الدبلوماسية أو مهمات حفظ السلام في البلاد الأجنبية.

واختير الأفراد عفوياً ووزعوا على أربع مجموعات كالتالي.

(أ) مجموعات التحصين التدريجي (إزالة الحساسية).

(ب) مجموعة عرض فيلم بالنماذج (أطفال وبالغين يلعبون مع الثعابين) بالإضافة إلى تعليمات بالاسترخاء.

(جـ) ملاحظة نماذج حية في مرآه ذات وجه واحد، تلعب مع الثعابين وتبعاً لذلك فالأفراد في هذه الحالة يدخلون الغرفة مع النماذج، موجهة في خطوات تدريجية يلمسون ثم يمسكون الثعابين.

(د) مجموعه ضابطة لم تعالج.

وقد حضر كل من مجموعات الدراسة عشر جلسات علاجية وطبقت عليهم بعض الاختبارات السلوكية قبل وبعد العلاج. وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن النماذج الحية للبرامج الملاحظة والمشاركة الموجهة كانت أكثر فعالية من فيلم النماذج والتحصين التدريجي. مع العلم بأنهما (الفيلم+ التحصين التدريجي) كانا أكثر فعالية من المجموعة الضابطة بدون علاج، بالإضافة إلى عدم وجود فرق بينها. تبعاً لذلك فالأفراد في كل المجموعات الذين حققوا أي إنجاز بالنسبة لقياس السلوك بعد التجربة، أعطوا جلسة واحدة في النماذج الحية مع برنامج المشاركة، وبعد شهر من متابعة هؤلاء الأفراد أظهروا انخفاضا كاملا للخوف من الثعابين. وتزودنا هذه الدراسات المنفذة والمصممة بدقة بإثبات قوى على قدرة وفعالية برامج ملاحظة النماذج في تغيير السلوك العصابي. ويبدو أن البرامج بالنماذج قد أثرت في انطفاء استجابة تجنبيه، ويعتقد بأنها مصحوبة ببعض الانخفاض في الخوف، والذي كان الدافع له استجابه التجنب. وعلى المستوى النظري فان فعالية برامج وملاحظة النماذج مع المحتمل أنها تشمل تعلم تمثيل المعارف للسلوك المرغوب (استذكار معرفي للسلوك)، والتي يمكن أن تستخدم كبرنامج (أفعلها بنفسك) للتخلص من العصابية.

خامساً: البرامج التي تشمل الجمع بين عدة عوامل (وسائل علاج):

يمكن أن ترى البرامج مثل لعب دور، واستظهار سلوك على أنها تشمل الجمع بين كل أو بعض وسائل تغيير السلوك المشار إليه سابقا. فقد طور (كيلي ١٩٥٥) أسلوباً جديداً يسمى علاج الدور الثابت أو تثبيت الدور Role Therapy ، حيث يقوم فيه المعالج برسم شخصية جديدة للمريض، ويسعى في محاولة لتثبيتها من خلال دور تمثيلي يؤديه المريض للعلاج من العصاب. وتتم مساعدة المريض على استظهار

الشخصية الجديدة، ويطلب منه بعد ذلك تجربتها في الحياة الواقعية ومن خلال المتابعة يتم تثبيت هذه الشخصية لتستمر معه.

وقد استخدم كل من وولب ولازاروس Wolpe and Lazaru فنون استظهار مشابهة في مساعدة الأفراد عديمي الإرادة (المعوقين) Inhibited Submissive على التصرف بشكل أكثر ثباتاً أو بدقة أكبر.

وفي أحد الحالات لعب المعالج دور مدير مكتب توظيف والمريض تظاهر على أنه قادم لمقابلته وبدأ البرنامج استجابة لنداء المعالج: أدخل، المريض يتردد في البداية، ثم يصل إلى المقعد، المعالج قطع البرنامج، ليوضح للمريض كيف يبدو منخفض البصر، ومشيته غير معتدلة، وجلسته غير مقبولة. وعندما طلب من المريض أن يلعب دور مدير المكتب بينما يلعب المعالج دور المريض الباحث عن وظيفة، وقد مثل المعالج بطريقة ثابتة وواثقة، وبالتأكيد فإن العمل والطريقة التي أجادها المعالج، حاول المريض تقليدها والسير على خطاها أي أننا نرى أن هناك تمثيل لدور، ومحاكاة، واستظهار لسلوك جديد. وكان المريض بالمتابعة قادراً بنجاح على أن يقابل مديري المكاتب في الحياة الحقيقية، وبعد خمس سنوات كان قد استفاد من تقدمه مهنياً.

وفي دراسة أخرى مصممه جيداً قارن كل من ماكفول ومارستون Mcfall and Marston بين برنامجين أساسين في استظهار السلوك، أحدهما مجموعة حصلت على تغذية مرتدة والأخرى بدون تغذية مرتدة مع مجموعة علاج بالاستبصار، وأخرى ضابطة، وقد أعطيت أربع جلسات للمجموعات. وفي مجموعه استظهار السلوك (بدون تغذية) استمع الأفراد إلى أوضاع مسجلة تحتاج إلى استجابة ثابتة وجريئة، وطلب منهم بعدها أن يستجيبوا بطريقة ثابتة وجريئة. وفي حالة أفراد التغذية المرتدة، سمح لهم بالاستماع إلى تسجيل لاستجاباتهم حيث قام كل منهم بتقييم استجابته بما في ذلك تصريح كيف يمكن أن يتحسنوا في

المحاولات المتتابعة. وقد زود الأفراد بخطوط عريضة للمعيار المستخدم في مثل هذه الاستجابات، مثلا: هل كانت استجابتي مباشرة للموضوع ؟ كيف كانت نغمه صوتي وانعكاسها ؟، الخ. وقد بينت مقاييس الشخصية والسلوك أن البرنامجين لاستظهار السلوك، أعطيا تحسناً أكبر في الإنجاز الثابت الجرئ أكثر من العلاج بالاستبصار وأكثر من المجموعة الضابطة (بدون علاج).

الفصل السادس

المرض العقلى

تاريخه وتطور مفهومه

الفصل السادس

المرض العقلي: تاريخه وتطور مفهومه

المرض العقلي أو الذهان اضطراب خطير في الشخصية بأسرها يبدو في صورة اختلال شديد في القوى العقلية وإدراك الواقع، مع اضطراب بارز في الحياة الانفعالية وعجز شديد عن ضبط النفس مما يحول دون الفرد وتدبير شئونه ويمنعه من التوافق في كل صوره: الإجتماعى والعائلي والمهني والديني. لذا يتعين عزل المريض ورعايته في معازل خاصة.

والأمراض العقلية إما عضوية وهى ما كان لها أساس عضوي معروف وراثي أو غير وراثي، كتلف النسيج العصبي من الزهري أو المخدرات أو تصلب شرايين المخ، أو كاضطراب هرمونى أو اختلال شديد في عملية الأيض. ومنها جنون الشيخوخة وجنون المخدرات والشلل الجنوني العام.

أما الذهان الوظيفي أو النفسي المنشأ فهو الذهان الذي لا يعرف له حتى اليوم أساس عضوي معروف أو هو الذهان الذي لا تكفى العوامل العضوية العصبية والكيميائية لتفسير نشأته وأعراضه بل تكون العوامل النفسية جوهرية غالبة في هذا التفسير.

تطور مفهوم المرض العقلي
من العصر الفرعوني حتى الإسلام

عرف المرض العقلي بصورة مختلفة من قديم الزمان غير أنه لم تجر أنه محاولات جديدة لدراسته وفهمه إلا من وقت قريب نسبياً، إذ كانت تكتنف هذه الدراسة صعوبة كبيرة نظراً لطبيعة المرض المعقدة ولعدم اهتمام مهنة الطب به، بل ولتحيز الشعور العام ضده، ولذا كان

التقدم في هذا الفرع من الطب بطيئا وبالتالي غير لافت للنظر قبل بداية القرن الحالي.

وقد درج المؤرخون عن المرض العقلي والطب النفسي على الإشارة بحكم العادة إلى ما ورد في شعر وأساطير الإغريق عن نوبات هياج أو جنون تصيب من كان يطلق عليهم تعبير الأبطال، ولكنه يبدو مستحيلا في الوقت الحاضر تكوين أي رأى محدد عن ماهية تلك الحالات بالنسبة للمرض العقلي حسب مفاهيمه الحالية.

ومن ناحية أخرى فقد احتوت أوراق البردي المصرية القديمة على بعض إشارات عن الاضطرابات العقلية إذ في حوالي سنة ١٥٠٠ قبل الميلاد ذكرت في تلك الأوراق على سبيل المثال ملاحظات عن تغيرات مرحلة الشيخوخة تتضمن الاكتئاب وضعف الذاكرة وربما كانت هذه الملاحظات قد بنيت في ذاك الماضي البعيد على أساس من المشاهدات التشريحية وأيضاً النفسية خصوصاً.

وقد أثبت أحد علماء التشريح الحديثين وجود تصلب في شرايين المخ داخل جماجم بعض المومياات المصرية على أن أول الحالات الحقيقة للمرض العقلي قد وردت في كتب العهد القديم بما فيها التوراة حيث ذكر فيها مثالان شهيران على الأقل من تلك الحالات إذ جاء أسهم (شاؤول) الذي كان يظن إن المرض العقلي إصابة بواسطة روح شريرة أرسلها الله إليه والذي دفعه ما يعانيه من الاكتئاب إلى أن يطلب إلى خادمه أن يقضي عليه وعندما رفض الخادم إجابة هذا الطب لجأ إلى الانتحار كما جاء أيضاً اسم نبوخد نصر وهوة الملك الذي أعاد بناء بابل والذي كان يعاني بعد ذلك من هذاء معتقد وهمي مضمونة أنه انقلب إلى ذئب مفترس.

وقد كان الصدع هو المرض المعروف بصفة خاصة بين الأمراض العقلية لدى القدماء، حيث كانوا يطلقون عليه اسم المرض

المقدس أو الإلهي وكان (قمبيز) ملك إيران من الأمثلة البارزة للمصابين به، غير أن ابقراط باستبصاره المعهود اعترض على نسبه هذه القدسية أو الألوهية إلى المرض. وأبدى أنه ككل الأمراض الأخرى ينشأ عن سبب طبيعي وأن الناس إنما يخلعون عليه تلك الصفة تغطية لجهلهم.

ثم أخذ الإغريق بعد قرون عديدة عن قدماء المصريين وطبقوا طرقهم في العناية بمرضى العقل وعلاجهم ثم أضافوا عليها بعد ذلك من جهدهم الخاص وربما كانت أول إشارة إلى ذلك هي ما جاء في كتاب الجمهورية لأفلاطون إذ نصح بألا يظهر أي مصاب بالمرض العقلي في طرقات المدينة بل يقوم أقاربه بملاحظته في المنزل بقدر إمكانهم ومعرفتهم بحيث يتعرضون لدفع غرامة إذا ما أهملوا في أداء هذا الواجب وفى عهد أبقراط جرت العادة على أن يتردد المصابون بالمرض العقلي على معبد معين حيث كانت تقدم القرابين وتقام الصلوات والابتهالات. وجاء في إحدي رسائل ديمقريطوس إلى أبقراط أن إحدى النباتات المعروفة بمفعولها الإسهالي الشديد مفيدة لهؤلاء المرضى، بينما كان يوصف لمرضى الصرع التعازيم والطقوس التطهيرية. وكان يظن أيضاً أن الإصابة بالبواسير والدوالي تفيد في تخفيف الاضطراب العقلي.

وفى مستهل العصر المسيحي دعا أحد العلماء الإغريق إلى استخدام طريقتين متباينتين لعلاج مرضى العقل ففي حين أنه كان من ناحية يجد نفعا في استعمال التجويع والتقييد بالأغلال والجلد بالسياط على زعم أن هذه الوسائل تجعل المريض الممتنع عن الطعام يعود إلى تناوله وتؤدى إلى إنعاش الذاكرة، إلا أنه من ناحية أخرى كان يعترض على استخدام الفصد ومكمدات الأفيون والبنج ويؤكد صورة عمل كل ما يمكن لتسلية المصاب بالاكتئاب وعلاجه بوسائل الرياضة البدنية والموسيقى والقراءة بصوت عال وسماع هدير المياه عند تساقطها.

وأوصى عالم أخر بالغذاء السخي والاستحمام والمكمدات للمرضى العقليين، بينما كان ثالث يهيئ لمرضاه كل الظروف الملائمة من الضوء ودرجة الحرارة والهدوء وإبعادهم عن كل ما يثير ويوفر لهم وسائل التسلية والترفيه مع عدم استعمال وسيلة التقييد إلا بحذر وعند الضرورة.

الفترة المظلمة فى تاريخ الطب النفسي:

وفى القرون الوسطى ترك علاج المرض العقلي في أوروبا في أيدى رجال الدين فشاعت المعتقدات الخرافية عن فاعلية السحر وغيره ثم أنشئت أماكن لحجز المصابين بالمرض لم تكن فى غالبيتها تستوفى الشروط الصحية وغيره، بل كان المصابون بالمرض يتعرضون للمعالجة السيئة وأخفها التقييد بالأغلال المثبتة بالحوائط لفترات قد تصل إلى عشرات السنين وكانت هذه الأماكن أو الملاجئ بعيدة عن المستشفيات المعتادة مما أدى إلى فصل المرض العقلي عن الأمراض الأخرى، مما ساعد على الركود في الأبحاث الخاصة به وعلى افتقار التقدم في هذا الفرع من الطب، لذا يعتبر هذا العصر الفترة المظلمة في تاريخ الطب النفسي.

تطور مفهوم المرض العقلى عبر العصور:

يمكن القول أن مفهوم المرض عامة والمرض العقلي خاصة قد مر بثلاث مراحل عبر العصور.

١- المرحلة السحيقة في التاريخ والتي اعتمدت بشكل مطلق على الخبرة الخاصة ويعكسها بالأساس أقدم تاريخ طبي متوفر وكان ذلك في مصر القديمة وبدرجات أقل في الحضارات الأشورية والبابلية والصينية والهندية.

٢- الحقبة اليونانية العربية والتي اعتمدت على الخبرة الإكلينيكية والتجريبية ونبدأ بجالينوس وأبو قراط ثم تم ترجمتها وتطويرها وتجديدها بواسطة العرب وخاصة الرازي وابن سينا.

٣- العصر الحدث ويستند إلى المنهج العلمي البيولوجي.

المرض العقلي في العصر الفرعوني القديم:

لم تشر ألقاب الأطباء في العصر الفرعوني إلى ما يفيد تخصصات في الأمراض العقلية وذلك بالغم من وجود ذكر للأعراض النفسية والعقلية في كثير من الملاحظات الإكلينيكية المدونة، خاصة في (كتاب القلب) (ابل، ١٩٣٧) وفى ترجمة (أبل) لبردية (أبر) جاء ذكر كلمتي القلب والعقل في أربعة عشر وصفة طبية ولكن يجب أن ينوه هنا إلى أنه في حين تترجم كلمة (أب) إلى عقل وكلمة (هي تج) إلى قلب، يشير (جرابو) على الكلمتين (بالقلب) ومن هنا يبدوا أن القلب والعقل كانا يعنيان نفس الشئ في مصر القديمة.

كان معبد النوم أو معبد الكمون أحد الأساليب العلاجية النفسية المستخدمة في مصر القديمة وكانت ترتبط باسم امحتب أول طبيب معروف في التاريخ وكان اي – أن – حو – تيب (ذلك الذي يأتي في سلام) الوزير طبيبا لزوسر الفرعون الذي بني هرم سقارة في ٢٩٨٠ – ٢٩٠٠ قبل الميلاد وكانت تتم عبادته في ممفيس وقد شيد معبد على شرفة في جزيرة فيله وكان المعبد مركزا نشيطا للعلاج بالنوم حيث اعتمدت دورة العلاج بقدر كبير على مظاهر ومضمون تغير الأحلام التي كانت بالضرورة تتأثر تأثير بالغا بالمحيط النفسي والديني للمعبد وبالثقة المطلقة في القوى الخارقة للعادة للكهنوت وبالعمليات الإيحائية التي كان يقوم بها المعالجون المقدسون كذلك تم العلاج بالأعشاب واحتمال نبات الأفيون.

لقد تم التعرف على الممارسات الطبية في مصر القديمة من عدة برديات طبية المتوفر منها هو التالي:

١- بردية كاهون (١٩٠٠ قبل الميلاد).

وهى غير مكتملة ومجزاة وتتناول الحالات المرضية المترتبة على استقرار الرحم.

٢- بردية أبر (١٦٠٠ قبل الميلاد).

وهى أضخم وثيقة طبية مصرية وقد تم ترجمتها بواسطة ب. ابل (كوبنهاجن: ليسكيم ومنسك جارد، ١٩٣٧).

٣- بردية أدوين سميث (١٦٠٠ قبل الميلاد).

وتتناول أساسا المسائل الجراحية.

٤- بردية هرست.

وتشبه بردية أبر

٥- بردية برلين الطبية (١٢٥٠ قبل الميلاد)

وتتضمن وصفات طبية غير منظمة

٦- بردية لندن الطبية (١٣٥٠ قبل الميلاد)

وتتضمن تعاويذ ضد مختلف الأمراض وعددا محدودا من الوصفات الطبية.

الهيستريا (بردية كاهون عن الرحم) :

تتناول أقدم هذه البرديات بالتحديد موضوع الهستيريا، وتعرف هذه البردية باسم بردية كاهون تبعاً للمدينة المصرية القديمة التي وجدت بين إطلالها ويمتد تاريخها إلى ١٩٠٠ قبل الميلاد وهى ليست كاملة إذ لم يعمر منها سوء بعض الأجزاء وهى تتضمن وصفاً دقيقاً لعدد من الأمراض يمكن التعرف بسهولة على أن كثيرا منها يندرج تحت بند الاضطرابات الهيستيرية، كما تتضمن سرداً لبعض الحالات النموذجية

(امـرأة لا تغـادر السـرير فـلا تـنهض ولا تهـزه) أمـرأة أخـرى (تعانى من قلـة الأبصـار وآلام في العنق) أمرأة ثالثة (تعانى من آلام في أسنانها وفكيها ولا تقدر على فتح فمهـا)، وأخيراً، أمرأة تعـانى مـن كل أطرافها ومن الأم في العينين.

وقد كان الاعتقاد عندئذ أن هذه الاضطرابات وأخرى مثلـها تأتى نتيجة (لمجاعـة) أو جفاف الرحم أو انتقالـه من مكانة بحثا عن الرطوبة مِما يترتب عليه تراكم الأعضـاء الأخرى الواحد فوق الأخر ولجذب الرحمـن مرة أخرى إلى مكانـة كانت الأعضـاء التناسلية إما تدهن بمواد باهظـة الثمن وحلوة الرائحة أو كان المريض يتذوق مواد سيئة الطعم أو يشم مـواد عفنه الـرائحة وذلك لطـرد الـرحم ودفعـه بعيداً عن الجزء الأعلـى مـن الجسم حيث إعتقد الـناس وجـوده فـي حـالات المـرض أو يتعرض الرحم لأنواع من الأبخرة التي تبعده أو تجذبه إلى مكانه.

الاكتئاب عند الفراعنة:

نعـرض فـيما يلـى مقـتطفات عـن (جلـيونجى ١٩٦٣- ١٩٨٣) توضـح ذلك: لقد رفـع ملابسـه ورقد لا يـدرى أين هـو. .. أمـا زوجته فقد مـدت يدهـا تحـت ثيابه وقالـت(يـا أخـي لا أشـعر بـالحمى فـي صـدرك أو أطرافك ولكنه الحزن فـي قلباً) أمـا اليأس فـي أظلم أشكالـه فينعكس في المقتطف اليائس التالـي: (الآن. . الموت بالنسبة لـي كالصـحة للمريض كرائحة زهرة اللوتس كرغبة الرجل فـي أن يـرى دارة بعد سنوات من الأسر).

الانتحار عند الفراعنة:

إن تدمير الجسد (بدلاً من تحنيطه طبقا للتقاليد وتغذيته بالقرابين كان يترتب عليه أن تفقد الروح ذلك المكان الذي يجب – طبقا للمعتقدات المصـرية – أن تعود إليه في كل ليلـه ليعاد تجديدها ثم لتولد من جديد مع

شروق شمس اليوم التالي وهكذا حتى تنعم بالخلود. أن هذه العملية تتضمن جوهر القيم المصرية القديمة فالمصريون كانوا يؤمنون أن ليس الروح فحسب وإنما كذلك الجسم كله بكامل أعضائه (القلب، الكبد، الكليتين... الخ) يقع تحت مسئولية الآلهة وأنه المكان الذي يحتضن القوى المقدسة، وذلك إلى درجة أن يصبح الطعام والشراب واجبين للإنسان من أجل هذه القوى المقدسة وبالتالي يصبح السؤال ما إذا كان الانتحار خطيئة أو جريمة خالدة العقاب لا يمكن التفكير عنها ذي معنى ذلك أن مجرد الحفاظ على الجسد من خلال تحنيطه وأغذيته بالقرابين بعد كافيا للحفاظ على حياة الروح.

الشخصية عند الفراعنة:

اعتقد الفراعنة في ترابط الشخصية بحجم ولون القلب وقد نبع ما نردده الآن باللغة العربية أو أي لغات أخرى من المعتقدات المصرية مثل (قلبه اسود أو أبيض) أو قلبه (كبير) فالقلب عند الفراعنة هو مركز ومربط الشخصية والأمراض النفسية وذلك يتضح في كتاب القلب ببردية إبر.

أسباب الأعراض النفسية: التفسير القديم:

١- في سبع ملاحظات كان مسار الأعراض يشير إلى الأسباب وعائية دموية.
٢- التلوث.
٣- مواد برازية.
٤- الأسباب غير معلومة.
٥- السبب غامضا مشارا إليه ب (أ – أ – أ).
٦- لم يذكر السبب.
٧- وفى حالتين فقط قيل أن السبب يعود إلى مسائل شيطانية أو روحانية.

وتحت هذه الأسباب نجد اضطرابات في التفكير والانفعالات والسلوك واضطرابات ذهانية تتشابه مع اضطرابات شكل التفكير وفقر التفكير، والسكون والهياج والنسيان والخ والتي يمكن أن نطلق عليها اليوم أسماء مثل الفصام أو الكتاتونيا (الجمود) أو الخوف.

ولتلخيص ما سبق يمكن أن تقول ان مصر القديمة عرفت مفهوم الاضطرالات الهيستيريه وعزتها إلى حركة الرحم وذلك قبل أن يصفها أبو قراط بزمن طويل تحت مصطلح هستيريا وقد كان التعامل العلاجي مع هذا الاضطراب ذا أساس جسدي أكثر منه غيبي، كذلك تضمنت بردية ابر في كتاب القلب وصفات تفصيلية للاكتئاب والخوف والسبات الحركي والسلبية وحالات الهذيان تحت الحادة واضطرابات التفكير مثل تلك الموجودة في الفصام، وقد كان القلب والعقل مترادفين وقد أرجعت أسباب كل هذه الحالات إلى أسباب وعائية وتلوث ومواد برازية والمادة السامة المسماة أ – أ – أ وفى حالتين فقد أعزيت الأسباب إلى عوامل روحانية.

ومن هنا يمكن استنتاج إن مفهوم المرض العقلي في مصر الفرعونية كان مفهوم أحاديا وأنه – رغم الحضارة الغيبية – فإن المرض العقلي كان يؤول إلى أسباب جسدية ويعالج علاجا جسديا ونفسيا (مستنداً إلى السحر والدين).

المرض العقلي في العصر الإسلامي:

تعامل الإسلام مع المرض العقلى كما يلي:

١- لم تستخدم كلمة (مجنون) في القرآن للإشارة على الشخص الذي فقد عقلة أو الشخص الذهاني بل جاء ذكرها خمسة مرات في القران تفسيرا على كيفية إدراك الناس للرسل والأنبياء.

٢- وقد ذكرت كلمة الجنون في القرآن في وصف ما يلاحظه الناس على كل الأنبياء من شذوذ عن المعتاد وبُعد عن المألوف حيث يبدأون دعوتهم التنويرية، وقد اقترنت الكلمة أحيانا بالسحرة أو الشعراء أو العلميين، وبشكل ما نجد أن هناك مضمونا إيجابياً للجنون يزعزع النظرية المضادة للطب النفسي في تفسيرها للجنون والتي ازدهرت في منتصف الستينات ويرجع أصل كلمة مجنون إلى كلمة (جن) وكلمة (جن) في العربية لها مصدرٌ مع عدد من الكلمات الأخرى ذات المعاني المختلفة ويمكن استخدامها للإشارة إلى الشيء المستمر أو الخفي كالستار، الدرع، فالجن أحد مخلوقات الله الخفية المستترة والجنيين مستتر داخل الرحم الجنة خفية لا يمكن إدراكها والمجنون ستار على عقله.

وإلى جانب النظرة إلى الجنون باعتبار مس من الجن نجد نظرة أخرى إيجابية حيث ينظر الناس إلى فاقد العقل باعتباره شخص مبدع خلاق جرئ في محاولته لإيجاد بدائل لنمط الحياة الساكن، وبهذا المعنى فقد وجهت تهمة الجنون إلى النبي محمد والأنبياء الآخرين ونجد الفكرة ذاتها في الموقف المختلفة من عدد من الغيبيات المعنية مثل الصوفية حيث دفعت خبرات التمدد في الذات والوعي إلى نعتهم بالجنون كذلك فان مذكرات بعض الصوفية تعكس حدوث بعض الأعراض الذهانيه وكثير من المعاناة العقلية التي يعانون منها في طريقتهم إلى خلاص النفس.

أما المفهوم الثالث للمرض العقلي فهو نتيجة لعدم الانسجام أو ضيق الوعي الذي يتعرض له المؤمنون ويرتبط بتزييف طبيعة تكويننا الأساسي (الفطرة) وكسر انسجام وجودنا بواسطة الأنانية أو الاغتراب الممثل جزئيا في افتقاد الاستبصار المتكامل ويمكننا أن نفهم هذا المستوى أكثر إذا كنا على معرفة بروح الإسلام كأسلوب وجودي للحياة

والتصرف والارتباط بالطبيعة والاعتقاد الدفين فيما وراء الحياة والذي لا يجب بالضرورة أن يكون ما فوق الطبيعة.

ويعتمد المفهوم السائد عن المرض العقلي في مرحلة معينة ما إذا كان الفكر الإسلامي المهين في تلك المرحلة يتميز بالتطور أو التأخر فعلى سبيل المثال نجد أن المفهوم السائد في مراحل التأخر، هو ذلك المفهوم السلبي الذي يعتبر المريض العقلي ممسوساً بأرواح شريرة في حين أن مراحل التنوير والبدع ترتبط بهيمنة مفهوم اختلال الانسجام مع المجتمع.. الخ.

لقد ذكرت النفس (١٨٥) مرة في القرآن كمصطلح عام للوجود الإنساني كجسد وسلوك وجداني وتصرف أي كوحدة نفس جسمية كاملة.

لقد ارتبط ظهور الإسلام بتغيرات جذرية في سلوك العرب، ولقد شاع أن تُعرف مرحلة ما قبل الإسلام بعصر الجاهلية ذلك أن تلاشى الحضارة العربية القديمة والتي استمرت ما يتجاوز ألفى عام وامتدت إلى عصور الآشوريين والبابليين جعل الناس ينظرون إلى المرض العقلي تحديداً باعتباره نتيجة للأرواح الشريرة والجن.

لقد دفع القرآن باعتباره قانونا دينيا جديداً بالمسلمين إلى أسلوب جديد في الحياة استبدل بشكل جذري النمط الحضاري للفترة السابقة عليه، والقرآن ليس بمرجع طبي ولا يجوز قياسه بالقياسات الأكاديمية الحديثة ولكن من وجهة نظر الطب النفسي نجد دلاله تاريخية هامة في ذلك الجزء من القرآن الذي يتناول تفسير يوسف لحلم فرعون عن السبع بقرات الممتلئات والسبع بقرات النحيفات وكذلك نجد القرآن دقيقا حازما بشأن بعض المشكلات الطبنفسية مثل الانتحار أن يقرر بوضوح أن لا تقتلوا أنفسكم ذلك أن الله رحيم بكم، وقد وجد لهذا النهى أهمية كبيرة في الوقاية من الانتحار، كذلك نجد أن نسبه إدمان الخمر منخفضة في البلدان العربية ولا يخلو ذلك من دلاله أن منع النبيذ جاء في القرآن على

مراحل تدريجية،إذ ينص بداية على أن (لا تقربوا الصلاة وانتم سكارى) ثم يليه ما يفيد أن الخمر هي رجس من عمل الشيطان ثم أخيرا النهى عن الخمر تماماً.

وتركيز فلسفة النهى في أن احتساء الخمر والمقامرة كليهما يؤديان إلى العداوة والكراهية بين الناس ويلهيهم عن الصلاة وقد امتد تحريم الخمر فيما بعد بالقياس لمحاربة المسممات والمخدرات الأخرى.

كذلك الحوار التفصيلي بين النبي لوط وشعبه مثالا على الدعوى الواضحة لمحاربة الجنسية المثلية.

وهناك العديد من الآيات القرآنية التي تشير إلى الزواج والطلاق والرعاية الأسرية والتبني والأيتام والنساء والزنا والدعارة والأبوة المسئولية الشخصية وموضوعات أخرى متعددة تتضمن مبادئ محددة حول الواجبات الأخلاقية والمدنية التي تحكم العلاقات الإنسانية.

وقد كان لتركيز الرسول ﷺ على العلاقة بين العوامل النفسية والأمراض الجسمية أهمية خاصة وقد اتضح ذلك جليا في قولة ما يفيد بأن الكروب المتراكمة تؤثر على وظائف الجسد.

وقد كان لتعاليم المعالج الكبير ابن الرازي أعمق الأثر على الطب العربي وكذلك الطب الأوربي ومن أهم كتابته (المنصوري) وكتاب (الحاوي) ويتكون الكتاب الأول من عشر فصول تتضمن وصفا لأنواع الأمزجة المختلفة ويعتبر دليلا متكاملا في مجال الخلقة أما كتاب (الحاوي) فيعتبر اكبر موسوعة طبية أصدرها طبيبا عربيا وقد تم ترجمتها إلى اللاتينية عام ١٢٧٩ ونشرت في عام ١٤٨٦ ويعتبر أول كتاب إكلينيكي يعرض الشكاوى والعلامات والتشخيص المفارق والعلاج المؤثر للمريض، وبعدها بنحو مائة عام ظهر كتاب القانون لابن سينا والذى يعتبر كتابا تعليميا يتميز بالتصنيف الأفضل والترتيب

الذهبي والتوجه المنطقي وقد قدر لـه أن يمثل أساس التعليم الطبي في أوربا لعدة قرون، وقد جاء بعد (القانون) في الطب لأبن سينا عملا آخراً لا يقل روعة إلا وهو كتاب (الملكي) لعلى عباس الذي يعتبر مثل الحاوي عملا خالداً في مجال التنظير والممارسة في الطب.

أول مستشفى عقلى فى العالم:

لقد شيد أول مستشفى عقلي في العالم في بغداد في عام (٧٠٥) بَعد الميلاد وكذلك شيدت مستشفى قلاوون في القرن الرابع عشر والتي تمثل نموذجاً مثيراً فيما يتعلق بالرعاية النفسية إذ كانت تنقسم إلى أربعة أقسام للجراحة والأمراض الباطنية والعيون والأمراض العقلية وقد سمحت الهبات الكريمة من أغنياء القاهرة بمستوى عال من الرعاية الطبية وإعالة المرضى أثناء فترة النقاهة حتى يحصلون على مهنة مريحة ونجد هنا سمتين جديرتين بالاهتمام – أولهما رعاية المرضى العقليين في مستشفى عام والذي سبق الاتجاه الحديث العالمي في علاج مرضى النفسي بالمستشفيات العامة بحوالي ستة قرون وثانيهما اشتراك المجتمع في توفير رعاية لائقة للمرضى.

وبالرغم من تباين أنواع العلاج الديني إلا أن محور العلاج هو دائما التوجه إلى الله من أجل الشفاء.

وعادة ما يتم العلاج فردى أو جماعي وتكون الوسائل المستخدمة أما وقائية أو علاجية وتتضمن الأدوات المستخدمة قراءة القرآن الحجاب والورقة والحرز والحافظ... إلخ والتعذيمة والتعويذة والبخور والتطهر.

يختلف الإسلام عن الصورة التي تبرزها وسائل الإعلام الغربية حيث أنه دين الإبداع والرحمة والسلام والمرونة من أجل السلام النفسي الاجتماعي كما أنه الإبداع تكريماً للعلم والعلماء أما الإرهاب والتطرف

والقسوة والتصلب في الرأي والعذاب الجسدي فكلها مظاهر سياسية تضليلية سواء في المفهوم أو كأسلوب حياه.

مفهوم المرض العقلي:

لقد تناول العلماء المتهمون مفهوم المرض العقلي على أنه ما يندرج تحت زملة الاضطرابات الانفعالية وما يتعلق بذلك من الحكم على الأشياء والسلوك والشخصية علئ وجه العموم بحيث يبدو للعالم الخارجي في صورة من الشذوذ وعدم التوافق والخروج على السائد المألوف.

وواضح من هذا التعريف أن المرض العقلي يجعل صاحبه يعانى اختلالا شاملاً واضطرابا يؤثر على شخصية، وينعكس على مستوى تفكيره وقواه العقلية بحيث يبدو.

أ- عاجزا عن ضبط نفسه والقيام برعايتها.

ب- لا يستطيع أن يحقق توافقه الإجتماعى النفسي.

ج- لا يقوى على معرفة الأسباب الكامنة وراء هذا الاضطراب السلوكي الذي يثير الدهشة ويدفع إلى الخوف والاضطراب.

د- يفتقر إلى البصيرة التي تمكنه من التعرف على مشكلته.

الفصل السابع

اضطرابات الشخصية

الفصل السابع

اضطرابات الشخصية

فى هذا الفصل سوف نتناول اضراطابات الشخصية فى إيجاز من حيث الآتى:

أولاً: تعريف الشخصية.

ثانياً: الصعوبات التى تعرض لها العلماء فى تعريف الشخصية.

ثالثاً: مفهوم الشخصية فى الحياة العامة.

رابعاً: تعريف الشخصية عند علماء النفس.

خامساً: النظريات والاتجاهات المفسرة للشخصية.

سادساً: مكونات الشخصية.

سابعاً: اضطرابات الشخصية.

ثامناً: مفهوم اضطرابات الشخصية.

تاسعاً: أنواع اضطرابات الشخصية ومعايير تشخيصها.

عاشراً: أسباب اضطرابات الشخصية.

حادى عشر: علاج اضطرابات الشخصية.

أولاً: تعريف الشخصية:

إن تعريف الشخصية مسألة افتراضية بحتة، فليس هناك تعريف واحد صحيح والباقي تعريفات خاطئة، والوقوف عند تعريف مقبول يرتضيه الباحث يقتضي منه دراسة مختلف التعريفات التي وضعت لدراسة الشخصية، ومن الطبيعي أن يكون لمصطلح واسع الانتشار "كالشخصية" تعريفات كثيرة متعددة ومختلفة.

ولكي نعرض أهم تعريفات الشخصية يجب إلقاء الضوء على أهم الصعوبات التي واجهت العلماء في تعريف الشخصية.

ثانياً: الصعوبات التي تعرّض لها العلماء في تعريف الشخصية :

١- إن العمليات التي تتكون منها الشخصية تنتظم وتتكامل بطريقة مستمرة، ولا توجد لدينا الوسائل التي يمكن بها معرفة كيفية انتظام هذه العمليات، وكل ما نعمله هو محاولة استنتاجها باستخدام التأمل الباطني.

٢- إن العمليات التي تتكون منها الشخصية تحدث في حياة الفرد بشكل متصل إذ تتوالى الواحدة بعد الأخرى وتتداخل مع بعضها بحيث لا يمكننا فصلها نظراً للتعامل الديناميكي بينها.

٣- إن الدوافع التي تحرك الشخصية دوافع معقدة، بعضها شعوري يتمكن الفرد نفسه من التعرف عليها، وبعضها لاشعوري قد يعود إلى خبرات في الطفولة البعيدة يصعب على الفرد اكتشافها كما أنها تستغرق وقتاً ومجهودا لإظهارها في مستوى الشعور.

٤- الإنسان كائن عضوي ويتطلب ذلك النظر إليه ككل وإلى شخصيته كوحدة، وتعني هذه الوحدة انتظام العمليات النفسية كلها في الموقف الواحد، كما تعني

انتظامها في وحدة خلال مراحل نموه كلها، لذا يعتبر تاريخ حياته كله وحدة واحدة لا يمكن تجزئتها.

٥- إن العلماء أنفسهم لهم شخصياتهم، ولكل شخصية عملياتها الدفاعية وأخطاؤها في الإدراك والنواحي الجامدة فيها، ولابد أن تؤثر مثل هذه العمليات في طريقة العالِم في النظر إلى الأمور، مما يؤدي إلى عدم اتفاق العلماء.

ثالثاً: مفهوم الشخصية العام في الحياة اليومية :

كثيراً ما نستخدم كلمة شخصية في حياتنا اليومية فنقول أحياناً أن فلاناً ذو شخصية قوية، وأن آخر ذو شخصية ضعيفة، ويُقصد بذلك أن الأول ذو تأثير على غيره وأنه مستمر في رأيه، له أهدافه الواضحة في الحياة، وأن الشخص الآخر ضعيف الإرادة ليس فيه ما يُميزه عن غيره، فهو يتأثر بغيره بسهولة ويعجز عن التأثير في الغير إلى غير ذلك من الصفات.

ومصطلح الشخصية يُعبر عن دراسة الفرد من حيث هو كل موحد من الأساليب السلوكية والإنمائية المعقدة التنظيم، التي تميز هذا الفرد عن غيره من الناس، خاصة في المواقف الاجتماعية.

وهذا التعريف الإجرائي يسوقنا إلى أن الشخصية هي نظام متكامل من الصفات الجسمية والسمات النفسية التي تتميز بالثبات النسبي، والتي تميز الفرد عن غيرة من الأفراد، كما تحدد أساليب نشاطه وتفاعله مع البيئة الخارجية المادية والاجتماعية التي يعيش فيها.

رابعاً: تعريف الشخصية عند علماء النفس :

نقتبس هنا عدد من التعريفات التى وردت لدى من سبقونا بالعلم ومن هذه التعريفات ما يلي:

١- تعريف شون :

يذهب شون إلى أن الشخصية هي " التكوين المنظم أو الكل الفعال أو وحدة العادات والاستعدادات والعواطف التي تميز أي فرد في المجموع عن غيره من الأفراد ".

٢- تعريف كاتل :

ذهب كاتل إلى أن " الشخصية هي ما يمكننا أن نتنبأ بما يكون عليه سلوك الفرد في موقف ما ".

ويصف كاتل العناصر التي تتكون منها الشخصية في ثلاث أنواع :

أ- السمات أو العناصر الديناميكية وهي الدوافع المختلفة للسلوك وأهدافه سواء كانت فطرية أو مكتسبة.

ب- السمات المزاجية وهي التي تتعلق بالسمات الشاملة غير المتغيرة، وهي أيضاً السمات التي تميز استجابات الفرد بصرف النظر عن المثيرات التي تؤدي إليها مثل سرعة الاستجابة أو قوتها أو مستوى النشاط.

ج- القدرات و الكفايات العقلية وهي التي تحدد قدرة الفرد على القيام بعمل ما وتتمثل في الذكاء والقدرات الخاصة والمهارات.

٣- تعريف ألبورت :

حيث أوضح أن " الشخصية هي التنظيم الديناميكي في الفرد لجميع التكوينات الجسمية والنفسية، وهذا التنظيم هو الذي يحدد الأساليب الفريدة التي يتوافق بها الشخص مع البيئة ".

ويتميز هذا التعريف بأنه:

أ- يوضح أن الشخصية تنظيم أو تكوين ديناميكي عام، ويقصد بذلك أنه ثابت إلى

حد ما، ولكنه في الوقت نفسه متغير وقابل للتغير نتيجة التفاعل الدائم بين مختلف العوامل الشخصية والاجتماعية والمادية.

وهو أيضا في الوقت نفسه لا يستبعد ما يطرأ على الشخصية الإنسانية عند فقدان التنظيم من انحلال أو تفكك يظهران في الحالات العقلية والنفسية التي تطلق عليها حالات الانحراف والشذوذ، ويأخذ في اعتباره التغيرات الديناميكية التي تتم داخل الفرد.

ب- يشير هذا التعريف في عبارة " يحدد أساليب التوافق الخاصة بالفرد مع البيئة " إلى أن الشخصية استعداد يحدد استجابة الفرد لمختلف المثيرات التي تحيط به.

ج- يشير أيضا إلى أن أساليب التوافق فريدة وخاصة بالفرد، أي أنها تميزه عن غيره من الأفراد، وذلك إشارة إلى الفروق الفردية.

د- يؤكد أن توافق الفرد مع البيئة ليس توافقا سلبيا للعوامل البيئية المحيطة بالفرد ولكنه توافق ايجابي فعَّال.

٤- تعريف واطسن :

يذهب تعريف واطسن إلى أن الشخصية هي كل ما يفعله الفرد من أنشطة يمكن ملاحظتها على مدى فترة طويلة من الزمن.

٥- تعريف جاثري :

"إن الشخصية هي العادات ذات الأهمية الاجتماعية والتي تكون ثابتة وتقاوم التغير".

٦- تعريف روجرز:

إن تصور (روجرز) للشخصية هو أنها دائما في حالة من التطور والارتقاء، فمكوناتها تتفاعل على الدوام مُحدِثة تغيرات لدى الفرد.

وفضلاً عن ذلك فإن (روجرز) يعزو كافة السلوك الإنساني إلى دافع واحد وهو تحقيق الذات، فهذا الدافع هو الذي يمد البشر بهدف يسعون إلى تحقيقه.

فالشخصية عند (روجرز) هي نتاج للتفاعل المستمر، فهي ليست ساكنة استاتيكية، بل هي دائمة الحركة والتغير، والسلوك الإنساني يعمل بشكل كلي موّحَد ايجابي نحو هدف تحقيق الذات، فالناس في الأُساس طيبون وإذا توفرت لهم ظروف النمو الطبيعية سيكونون مسئولين عن تصرفاتهم.

خامساً: النظريات والاتجاهات المفسرة للشخصية:

تعددت النظريات التى تفسر الشخصية، وهى تحاول التوصيل إلى كنهها وطبيعتها، ولعل من أهم هذه النظريات، ما يلي:

نظريات الأنماط: Type theories

نظرية هيبوقراط هى من أقدم النظريات (Hipocrates) والذي افترض وجود أربعة أمزجة هي: الدموي والسوداوي والصفراوي و البلغمي، والتي تذهب إلى أن الناس يصنفون في أربعة أنماط تعتمد في تكوينها على المكونات الأساسية للعالم وهي الماء والنار والهواء والتراب.

وقد تطورت نظرية الأنماط إلى أن وصل هذا التطور على يد شلدون (W.H.Sheldon) إلى وجود ثلاثة أنماط عامة، وكل نمط منها له مفردات بحيث يمكن بعملية الجمع والخلط لمفردات (٣ درجات) من كل نمط تصنيف كل إنسان على حسب امتلاكه لجملة مفردات أو درجات تنتمي بصورة ما للأنماط الثلاثة، وعموما فإن صدق افتراض شلدون لم يصل إلى الدرجة المقنعة.

٢ـ نظرية السمات: Trait theory

وقد تطورت هذه النظريات انطلاقا من قوائم الصفات المتعددة التي وصفت بها أشكال السلوك الشخصي سواء كانت متعلقة بالجوانب المعرفية أو الوجدانية أو

غيرها، ولكن مع تقدم الإحصاء واستخدام أسلوب التحليل العاملي تم اختزال هذه الصفات في قوائم لها منطقها ومصداقيتها.

ومن أهم التصنيفات العاملية تصنيف "هانز أيزنك" الذي يري أن الشخصية الإنسانية تتكون من أربعة عوامل أو محاور، وكل محور منها يستوعب العديد من الخصائص الصغرى، ورغم بساطة ومنطقية هذه النظرة العاملية الاختزالية، إلاّ أن هذا لم يمنع من أن كل سمة يمكن الكشف عن مكونات صغرى لها، وهذا ما يساعد على تكوين الشكل الذي يرسم الملامح المتنوعة للشخصية.

٣ـ النظريات الدينامية أو التحليلية:

وخير مثال لها نظرية التحليل النفسي عند (سيجموند فرويد) ومن نحا نحوه ومضى في اتجاه المنحي الدينامي التفاعلى داخل الشخصية أو بين الشخص وغيره من الأشخاص من أمثال (أدلر و فروم وسوليفان)، والفكرة الأساسية المشتركة بين أصحاب هذا الاتجاه هي فكرة التكامل بالإضافة إلى التأكيد على البعد الانتقائي في تكوين الشخصية وبزوغ خصائصها بالتدريج.

كذلك فقد أكّد هذا الاتجاه على دور الدافعية الذي بدونه لا يمكن تفسير ما يصدر عن الشخص من أفعال أو ما يتبناه من أفكار.

٤ـ المنحي السلوكي: Behaviorism

ويركز هذا المنحي على دور التعلم learning في تكوين الشخصية، وهذا المنحي يذهب إلى أنه سواء أكانت النظرة إلى الشخصية تمضي في اتجاه الأنماط أم السمات الدينامية، فإنه لا يمكن إهمال دور التعلم والتدعيم (Reinforcement).

٥ ـ المنحي الإنساني: Humanism

وهو الاتجاه الذي نشأ رداً على الاتجاه السلوكي والاتجاه التحليلي في محاولة من أجل النظر إلى الواقع الإنساني باعتباره هو الأساس في تفسير السلوك

من حيث أن ما يشعر به الإنسان هو الحقيقة الوحيدة التي يجب أن يعتد بها، ويتبنى هذا الاتجاه (كارل روجرز وأبراهام ماسلو).

٦ـ نظريات التعلم الاجتماعي: Social learning

من مؤسسي هذا الاتجاه (ألبيرت باندورا) الذي يذهب إلى أن الشخصية تتكون من خلال سياق اجتماعي تنمو فيه ويتم من خلاله التعلم بطريقة المحاكاة والتقليد والملاحظة والنمذجة modeling.

٧ـ النظريات الموقفية: Situationism

ومن مؤسسي هذا الاتجاه والتر ميشيل، ويري أصحاب ذلك الاتجاه أن السلوك بقدر ما يكون متسقاً ومتناغماً يكون معتمداً على خصائص داخلية أو سمات شخصية لدى الإنسان، و أي فعل أو سلوك أو سمة عند الإنسان يكون مصدرها قيامه بتحويل ما يعانيه في الواقع الاجتماعي إلى بقية شخصيته، وعلى ذلك فالمنظم الأساسي للسلوك هو الظروف الموقفية وليست العوامل الداخلية في الشخصية.

٨ـ النظريات التفاعلية Interactionism:

هذا الاتجاه هو نوع من الخلطة التوفيقية Eclectic بين النظريات السابقة حيث يُرى أن الشخصية تتشكل من خلال الاستعدادات البيولوجية والنفسية والظروف البيئية والاجتماعية وغيرها، مما يؤدي إلى أن يكون كل إنسان هو وحدة مفردة تتشابه أو لا تتشابه مع غيرها بمقدار تماثل تلك المظاهر وتماثل مواقف التفاعل فيما بينها، وعلى ذلك فمن الصعب اعتبار الشخصية لدى أصحاب المنحي التفاعلي شيئا له استقلاله بأكثر من اعتباره مجرد مصطلح غطائي للأنماط المعقدة للتفاعل.

سادساً: مكونات الشخصية

تتميز الشخصية بتداخل مكوناتها واستمرار تفاعل عناصرها مع بعضها البعض، مما يشكل صعوبة عند محاولة إحصاء هذه العناصر أو تصنيف هذه المكونات.

ويلاحظ كثرة الصفات والقوائم الطويلة التي يلجأ إليها بعض العلماء في دراسة الشخصية، وإذا فحصنا القوائم الكثيرة التي يضعها العلماء لمكونات الشخصية نجدها وإن اختلفت في ظاهرها من حيث العدد والتفاصيل فإنها تتفق على الأبعاد الرئيسية التالية :

أولاً: المكونات الجسمية.

ثانياً: المكونات العقلية المعرفية.

ثالثاً: المكونات الانفعالية.

رابعاً: المكونات الخُلُقية.

خامساً: المكونات البيئية.

وفيما يلي عرض لكل منها:

أولاً: المكونات الجسمية :

يُلاحَظ أن الأفراد يختلفون بعضهم عن بعض في التكوين الجسمي، وهناك من يظن أن هذا الاختلاف في المظهر الجسّمي (كالطول - العرض - ضخامة الجسم) له علاقة بالشخصية، حيث أثبتت هذه الدراسات وجود ارتباط ضئيل جدا، مما يؤكد أن: التكوين الجسمي له اثر موجب، ولكنه ضئيل جدا في تحديد ملامح الشخصية، وضعيف في تشكيل أبعادها النفسية.

ويمكن تصنيف المكونات الجسمية إلى ثلاث أقسام رئيسية هي:

١- الأعضاء الحسية المستقبلة للمؤثرات الحسية الخارجية والداخلية والمفصلية.

٢- الجهاز العصبي الذي تصل إليه الإحساسات الآتية عن طريق الأعصاب الحسية المستقبلة ويعتبر حلقة الاتصال بينها وبين التكوينات الجسمية التي تقوم بردود الأفعال المناسبة.

٣- التكوينات الجسمية التي تقوم بردود الأفعال وتتكون من:

أ- العضلات.

ب- الغدد الصماء.

ثانياً: المكونات العقلية المعرفية :

إن النواحي العقلية المعرفية هي أهم نواحي مكونات الشخصية، وتشمل العمليات العقلية كل ما يتصل بالإدراك والتصور والتخيل والقدرة على التذكر والتفكير والتعلم، أي جميع العمليات العقلية التي يقوم بها العقل في تكوين الخبرات المعرفية.

ثالثاً: المكونات الانفعالية :

والمقصود بالانفعال - بصفة عامة- هو حالة التوتر في الكائن الحي المصحوب بتغيرات فسيولوجية داخلية وتغيرات حركية أو لفظية خارجية، وتزداد شدة التوتر أو الانفعال كلما تعرض الفرد لمنبهات مفاجئة لم يستعد لها بنمط معين من الاستجابة، وكذلك المواقف التي يزداد فيها الخطر على ذاته الجسمية والنفسية، أو عند تحقق الأهداف الجوهرية، أو عند إثارة الدوافع أو عند إشباعها.

وتتضمن المكونات الانفعالية للشخصية ما يلي:

١- العواطف.

٢- العقد النفسية.

٣- الاتجاهات العقلية.

٤- الميول.

٥- المزاج والسمات الانفعالية العامة والطائفية والنوعية.

رابعاً: المكونات الخُـلُقية :

الخُـلُق هو جانب الشخصية المتصل بالمظهر الاجتماعي والتوافق في المواقف المتعلقة بالقيم الدينية والمُثُل العُليا والعُرف والقانون والمعايير السائدة في البيئة التي يعيش فيها الفرد، وبعبارة أخري نقول أن الخلق: هو نظام من الاستعدادات النفسية التي تُمكننا من التصرف بصورة ثابتة نسبياً حيال المواقف الأخلاقية والدينية والاجتماعية المختلفة.

خامساً: المكونات البيئية :

يقصد بالبيئة جميع العوامل الخارجية التي تؤثر في الشخص من بدء نموه سواء كان ذلك متصلاً بعوامل طبيعية أو اجتماعية، أو ما يتصل بالعوامل الثقافية من عادات ونظم تربوية أو ظروف أسرية أو مدرسية، ويمكن أن ندرس تأثير البيئة في تكوين الشخصية بدارسة البيئة المنزلية والمدرسية وبيئة المجتمع العام.

ويجب أن نأخذ في الاعتبار أن تقسيم الشخصية إلى مكونات منفصلة هو ضرورة علمية يقتضيها الشرح وليس حقيقة واقعية.

سابعاً: اضطرابات الشخصية.

تمر الشخصية الإنسانية بمراحل مختلفة من الطفولة حتى النضج، و حينما نقول أن الشخصية ناضجة فإن ذلك يعنى أن الشخص قادر على التوافق مع

الأخرين، و يوجد لديه قدر كبير من التناسق في السمات التي تميزه بجودة و صحة علاقاته مع الآخرين، أما عدم النضج فإنه يعني أن الشخص بالرغم من اكتمال نضجه الجسمي، إلا أنه غير قادر على التفاعل السوي مع الآخرين و هنا نقول أن هذا الشخص مضطرب.

و يصف اضطراب الشخصية نمطاً أو قصوراً في السلوك، و يكون مرهقاً للآخرين أو يسبب لهم أسى أو كرب، و لا يعي الفرد المضطرب بوجود مشكلة لديه، كما أنه لا يكتشف ذلك الاضطراب إلا الأفراد المقربون إليه مثل أفراد أسرته أو زملاء العمل.

و سوف نهتم في هذا الموضع بعرض التمييز بين الشخصية السوية والمضطربة، و إلقاء الضوء على مفاهيم التكيف و الاضطراب، ثم الإشارة إلى علاقات اضطراب الشخصية بالعصاب والذهان، ثم نشير إلى نبذة تاريخية عن مفهوم الاضطراب في الشخصية و أنواع اضطرابات الشخصية ومعايير تشخيصها والأسباب المؤدية لها و كيفية علاجها.

مدخل إلى اضطرابات الشخصية

اللاسواء و سوء التكيف و الاضطراب:

حينما نستخدم الاصطلاح " اضطراب الشخصية " فإننا نشير إلى شخصيات سيئة التكيف أكثر بكثير من شخصيات معظم الأفراد الآخرين، و مثل هذه الشخصيات تكون منحرفة إحصائياً أو شاذة، و معظم الشخصيات المنحرفة بشكل متطرف تكون سيئة التكيف إحصائياً...

كما أن الاختلافات بين السواء و الشذوذ و بين التكيف و سوء التكيف هي غير واضحة، فتوجد سلوكيات بشرية قليلة جداً هي في حد ذاتها إما سوية أو شاذة، و إما متكيفة أو سيئة التكيف، فكما أنه يوجد "لون رمادي" بين الأسود و الأبيض،

كذلك توجد مراحل بين الشخصية السوية و الشخصية المضطربة، فالسواء و الشذوذ.. و التكيف و سوء التكيف.. هي نقاط على متصل، و ليست أنماط أو فئات مختلفة خاصة بسلوكيات أو شخصيات.

و هكذا فإننا ننظر إلى اضطرابات الشخصية الرسمية Official و المحددة بواسطة دليل التشخيص الإحصائي .. كشخصية مستمرة في الاضطراب، فضلاً عَن وجود بعض السواء لديها.

فلا يوجد تمييز واضح بين الشخصية السوية و الشخصية المضطربة، تماما كما لا نستطيع أن نجد على مقياس حرارة خطا يفصل بين الساخن و البارد.. فإننا لا نستطيع أن نجد على المقاييس الخاصة بالشخصية خطا يفصل بين الفرد السوي و الشاذ.

و في النهاية، لا نستخدم الاصطلاح " اضطراب " بالطريقة التي تستخدم في الطب، أي أننا لا نشير إلى مجموعة أعراض لها سبب قابل للتحديد في مكان ما داخل الشخص، و نحن لا نعنى بالاضطراب "مرضا"، فالاضطراب يعنى ببساطة أن سلوك الشخص يخلق اضطراباً في حياته و حياة الأشخاص الآخرين.

علاقة اضطراب الشخصية بالعصاب و الذهان:

يختلف اضطراب الشخصية عن العصاب و الذهان، فهو يختلف عن العصاب في أن الشخصية في العصاب أثناء محاولاتها التكيف مع الضغوط الداخلية و الخارجية تلجأ إلى استحداث أعراض نفسيه أو جسميه، في حين أن المظاهر غير الطبيعية في اضطراب الشخصية تأخذ أنماطاً ثابتة من السلوك، تصبغ الشخصية كلها أو جانباً هاماً منها.

أما بالنسبة للذهان فبالرغم من أن اضطراب الشخصية مكافئا ديناميا للذهان .. إلا أن الذهان له بداية واضحة في العادة يعقبها تغير كيفي في الشخصية

أو تغير كمي شديد يشمل كل نواحي الشخصية تقريباً، و كذلك فإنه لا يوجد في اضطراب الشخصية تلك الأعراض الذهانية الصريحة كالهلوسات و الضلالات.

ثامناً: مفهوم اضطرابات الشخصية

مصطلح "اضطرابات الشخصية" في اللغة :

اضطرابات الشخصية Troubles de la personnalité هي ترجمة حرفية للتعبير الانكليزي Personality disorders الذي فُرض على أثر إعداد (مجلد تشخيص و إحصاء الاضطرابات العقلية)، و هو يحاول أن يكون بديلاً للتعبير الكلاسيكي "الشخصية المرضية".

يوجد معايير مختلفة لا تتقاطع كلها للحكم على مرضية سمة معينة أو مجموعة سمات للشخصية: الوجود الثابت و المهيمن للسمة أو لمجموعة السمات، تشويه أو تضخيم سمات ملاحظة عند الفرد الطبيعي، الصلابة النفسية و التكيف الاجتماعي.

يجرى تعيين اضطراب للشخصية بواسطة صورة للسمات، توجد بوتيرة كافية لكي يمكن الاستنتاج بأن هناك علاقة تبعية بين مختلف هذه السمات، إلا أنه يوجد تنوع كبير في وصف و تصنيف الشخصيات المرضية.

و بالإمكان القول كقاعدة عامة إنه إذا تميزت الأشكال العيادية التي تفردت عن السوي من خلال تواتر شكلها و طابعها الكاريكاتوري، فإنها قد تشبه عمليات مرضية يبدو أنها تشكل ركيزتها التكوينية أو شكلها اللاعرضى.

و هكذا نصف الشخصية العُظامية بالتماثل مع السمات الملاحظة في الهذيانات المنتظمة المزمنة الاضطهادية أو الشخصية الهاجسية بالتماثل مع السمات المُلاحظة في العصابات الهجاسية.

إن تصنيف مجلد (تشخيص و إحصاء الاضطرابات العقلية) يميز ثلاث مجموعات من اضطرابات الشخصية: الشخصية العُظامية، الفصامية، ذات المنحى الفصامي بالتماثل مع العمليات الذهانية، و الشخصيات الاجتماعية الحدية، البهلوانية و النرجسية و الشخصيات المتجنبة و التابعة و الهُجاسية - الاضطرارية و السلبية - العدوانية المطبوعة بالقلق و الإزعاج الاجتماعي.

هذا التصنيف يقترح إضافة شخصية سادية و شخصية ذات تصرف فاشل (عُصاب الفشل). و هناك ملاحظتان تفرضان نفسهما: ليس لهذان التصنيف طابع حصري دقيق و يمكن لبعض الأشكال أن تكون مترابطة عند الفرد نفسه، فهو ذو طابع اعتباطي غير قابل للنقاش.

و من المستحيل ذكر كل أشكال الشخصية المرضية التي وُصفت، لتذكر بالتصنيف التحليلي وفق مراحل نمو الحياة الليبيدوية (الفمية، الشرجية... الخ)، ووصف أشكال على علاقة بسمة مسيطرة (غير مرضية) و علوم الطبائع من نوع الانبساط – الانطواء، العُصابية – الذهانية ... الخ.

إن الحصة المتوالية للعوامل الوراثية و العوامل المكتسبة في تحديد الشخصيات المرضية لا تزال موضوعاً خاضعاً للجدل بسبب قلة المعطيات التي نملكها.

نبذة تاريخية عن مفهوم الشخصية المضطربة:

إن فكرة أن بعض الأفراد يعرضون أساليبا ثابتة وشاملة من السلوك والتفكير و المشاعر سيئة التكيف أو مختلة وظيفيا Dysfunction قد كانت موجودة هنا و هناك منذ زمن طويل، و لم تنشأ إلا في عام ١٩٨٠ مع بداية ظهور دليل التشخيص الإحصائي الثالث (DSM-III)، و يقدم ميلون و دافيس تاريخاً

مشـوقاً عـن فكـرة اضـطراب الشخصـية، حيـث لاحظـا أن مفهومـي الشخصـية و اضطراب الشخصية يرجعان إلى اليونانيين و الرومانيين القدماء.

و مـع ذلـك فالمفاهيم الأكـثر حداثـة قـد كانـت لهـا تأثيراً أكـبر علـى الآراء المعاصـرة الخاصـة بالشخصـية المضـطربة، و تشـمل الآراء أفكـار أثنيـن مـن الأشـخاص المؤثرين فـي تـاريخ الطـب النفسي و علـم النفس، و همـا ايميل كرابلين و سيجموند فرويد، فقد كتـب كرابلين (أبو التشخيص في الطب النفسي) عن الشخصية المضطربة في الطبعة الثامنة من مرجعه الخـاص بالطـب النفسي فـي عـام ١٩١٣، كمـا كـان فـرويد (أبـو التحلـيل النفسـي) مهـتماً بـدور الحـيل الدفاعـية اللاشـعورية (الإستراتيجيات اللاشـعورية لتجنب القلق) في تطـور أنمـاط الخلق سيئة التكيف، و هو مصطلح آخر للشخصية.

و قد بدأت دراسـة اضـطرابات الشخصـية كفئات تشخيصـية متميزة في عام ١٩٨٠ مـع نشـر الطـبعة الثالـثة مـن دلـيل التشـخيص الإحصـائي، و بالـرغم مـن أن اضـطرابات الشخصـية كانـت معـروفة فـي التشـخيص الطـب نفسي، إلا أنـه بشـكل مـرغوب أو غـير مـرغوب قـد اكتسـبت تلـك الاضـطرابات انتـباهاً هـائلاً مـن الإكلينيكيين و المنظرين و الباحثين، لدرجـة أنـه فـي نطـاق سبع سنوات أسست مجلة اضـطرابات الشخصـية Journal Of Personality Disorders، و بالإضـافة لذلـك شـهد عـام ١٩٨٨ تأسـيس جمعـية اضـطرابات الشخصـية، و مـنذ ذلـك الحـين ازدهر البحث الخاص باضطرابات الشخصية.

ما هو اضطراب الشخصية:

هنـاك مـن عـرف الشخصـية المضـطربة علـى أنهـا شخصـية غير طبيعية... وهـي التـي بسببها لا يتمكن لحـامل هذه الشخصية من التأقلم و التعامل مع التغيرات التـي تطـرأ علـى حـياة الفـرد، و تسـبب عـدم المـرونة هـذه صـعوبات فـي الحـياة الاجتماعية و المهنية و الشخصية و الدراسية لحامل الشخصية الغير طبيعية، و تبدأ

بوادر هذه الشخصية الغير طبيعية عادة في فترة المراهقة، و تتحكم في الطرق التي يستعملها الفرد في تعامله مع الأفراد الآخرين المحيطين به، و كيف يسيطر المرء على انفعالاته.

و يصعب تحديد اضطراب الشخصية لأنه يحتاج إلى اتفاق على تحديد كل من الشخصية Personality، والاضطراب Disorder، فالمفهومان قد كانا محور جدال هائل في معظم تاريخ علم النفس و الطب النفسي، فقد حُددت الشخصية باعتبارها "نظام خاص بسمات داخلية ثابتة لدى الأفراد، و الذي يساهم في اتساق سلوكها"، و يستخدم الاصطلاح "اضطراب" ليس للإشارة إلى هوية المرض، بل لنلاحظ ببساطة أن سلوك الفرد يسبب اضطراباً في حياته و حياة الآخرين.

وأحد الأسئلة الهامة التي تؤخذ في الاعتبار عند التفكير في اضطرابات الشخصية هو ما إذا كانت اضطرابات الشخصية هي كينونات (مثل مرض السرطان)، أو ما إذا كانت ببساطه ما نسميه الأبنية المعرفية الاجتماعية عبارة عن مفاهيم نشيدها أو نبنيها على نحو مشترك لأنها تساعدنا على الإحساس بعالم مضطرب أو تخدم أهدافاً اجتماعية، مثل مساعدتنا على أن نقرر من هم الأفراد الذين نسميهم مرضى.

ففي الحقيقة هذا هو أحد الأهداف الاجتماعية التي يخدمها دليل التشخيص الإحصائي (DSM)، و بشكل أفضل أو أسوء يساعد المتخصصين وغير المتخصصين على أن يقرروا من هو السوي أو العادي و من هو الشاذ أو المريض.

فطبقاً لدليل التشخيص الإحصائي الرابع فإن اضطراب الشخصية هو نموذج دائم من خبرة داخلية و سلوك ينحرف بوضوح عن توقعات ثقافة الفرد وهو شامل و غير مرن و له بزوغ في المراهقة أو بداية الرشد، و هو ثابت على مر الزمن، و يؤدى إلى الأسى و الكرب.

و يعتبر تعريف دليل التشخيص الإحصائي الرابع لاضطراب الشخصية تعريفاً جيداً و ذلك للسببين التاليين:

أولاً: أنه عرف الشخصية كنموذج ثابت و شامل للخبرة الداخلية و السلوك.

ثانياً: تصوره بأن الاضطراب يتسق مع معظم التعريفات الأخرى في اعتماده على المدى الذي يخبر فيه الفرد الأسى أو الكرب بطريقة ما.

و في إيجاز يُمكن القول أن الشخصية المضطربة هي الشخصية التي تنطوي على خصائص معينة تتسبب في اضطراب توافق الفرد مع نفسه أو مع الآخرين، مع شعوره بالمعاناة و عدم السعادة لوجود مثل هذا الاضطراب.

و نظراً لعمومية اضطرابات الشخصية، فقد لا يرى الفرد مشكلة مع خصائص شخصيته، و بالتالي يمكن تشخيص اضطراب الشخصية إذا ما تسبب الاضطراب في شعور الفرد بالتعاسة و المعاناة أكثر من المعتاد، و قد تسبب اضطرابات الشخصية المعاناة للمحيطين بالفرد و زملائه في العمل أو أطفاله أو زوجته، و ما إلى ذلك أكثر مما تسببه للفرد نفسه.

تاسعاً: أنواع اضطرابات الشخصية و معايير تشخيصها

هناك الكثير من أنواع اضطرابات الشخصية و التي اتفق عليها العلماء في النقاط التالية:

١- اضطراب الشخصية البارانويدية:

٢- اضطراب الشخصية شبه الفصامية (الشبفصامية):

٣- اضطراب الشخصية فصامية النوع:

٤- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (السيكوباتية):

٥- اضطراب الشخصية الحدية:

٦- اضطراب الشخصية الهستيرية:

٧- اضطراب الشخصية النرجسية:

٨- اضطراب الشخصية التجنبية:

٩- اضطراب الشخصية الاعتمادية (المعتمدة):

١٠- اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية:

وفيما يلي عرض مُفصّل لتلك الاضطرابات وأهم المعايير التشخيصية لها:

أولاً: المعايير العامة لتشخيص اضطرابات الشخصية:

يمكن تشخيص اضطرابات الشخصية بصفة عامة كما يلي:

١- نمط ثابت من الخبرة الداخلية وسلوك منحرف بشكل واضح عن الثقافة التي يعيش فيها الفرد ويظهر هذا النمط في اثنين أو أكثر من الجوانب الآتية:

- المعرفة (أي طرق إدراك وتفسير ومعرفة الذات والأشخاص الآخرين والأحداث).
- الوجدان (أي مدي اضطراب الانفعال وشدته، وعدم ملائمته للاستجابة الانفعالية).
- اضطراب الأداء البينشخصى (علاقة الفرد بالأشخاص الآخرين).
- عدم القدرة على ضبط الدوافع (الاندفاعية).

٢- يكون هذا النمط الثابت غير مرن ومستمراً وشاملاً لمدى واسع من المواقف الشخصية والاجتماعية.

٣- يؤدى النمط الدائم إلى أسى أو كرب أو تلف في مجالات هامة من الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيرها.

٤- يكون النمط ثابتاً وذا دوام طويل، ويمكن تتبع ظهوره في الماضي على الأقل

في المراهقة أو بداية الرشد.

٥- لا يرتبط النمط الدائم بظهور أو عواقب أي اضطراب عقلي آخر.

٦- لا يرجع النمط الثابت إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسياً (مثل: سوء استخدام العقاقير، أو العلاج بالأدوية النفسية) ولا يكون نتيجة حالة طبية عامة (مثل: صدمة بالرأس).

ثانياً: أنواع اضطرابات الشخصية ومعايير تشخيص كل منها:

١- اضطرابات الشخصية البارانويدية: Paranoid Personality Disorder

اضطراب الشخصية البارانوية هو نمط من الشخصية المولعة بالجدل والدفاع، يؤدى بها إلى العدوانية المفرطة، وتتسم هذه الشخصية بالحساسية الزائدة، والاهتمام الشديد بالمعاني والدوافع الخفية، بالإضافة إلى اتسامها بالتصلب وبالصرامة والقسوة.

وعادةً ما ترتبط تلك الشخصية بقدرة عقلية عالية وبذاكرة قادرة على تذكر المعلومات، بتفاصيلها الدقيقة وبخاصة توافه الأمور التي حدثت في الماضي، كما تميل إلى المحافظة على وجود مسافة اجتماعية في العلاقات الشخصية المتبادلة، والتي هي بالتالي علاقات غير مرضية عادةً.

والشخصية البارانوية أو ما تسمى بالشخصية الاضطهادية تتميز بوجود أفكار اضطهادية تجاه أغلب من يحيطون به مع كثرة التذمر والشكوى من أن الناس لا يقدرونه، كما أنه كثير المشاجرة حتى مع أقاربه الحميمين، كما تتسم شخصياتهم بالغرور والكبرياء والشعور بالاضطهاد السياسي.

والشخص الذي يعانى من الاضطراب الاضطهادي كثير التذمر، والشك في نوايا الآخرين، ويعزف عادةً عن إظهار الثقة في الآخرين لخوفه من أن يفصح عن أشياء قد تستغل ضده فيما بعد، وهو شديد الحساسية للرفض، أو لسوء نوايا

الآخرين، ولهذا فليس نادراً أن تجد هذا الشخص ميالاً للتهجم و العدوان على الآخرين لمجرد إحساسه بأن الآخرين ينتقدونه أو يضمرون له بعض السوء.

و اضطراب الشخصية الاضطهادية يختلف عن الاضطراب الذهاني المميز لبرانويا الفصام، ففي العادة لا يكون اضطراب التفكير في حالات اضطراب الشخصية الاضطهادية واضحاً أو مميزاً بالشكل الذي نجده في حالات الذهان.

و اضطراب الاضطهاد يختلف عن المشاعر المعتادة التي تصيب العاديين أو المبدعين عندما يشعر الواحد منهم بوجود ظلم خارجي واقع عليه مما يحرمه من فرص النمو و التعبير المتاحة لغيره، فالاحتجاجات في الحالات الأخيرة أمر تتطلبه معايير الصحة النفسية لأنه قد ينتهي بتوقف أذى خارجياً وقع بالفعل أو كان وشيك الوقوع، و هو احتجاج و انفعال مشروع، و يرتبط بشخص أو بموقف محدد يدركه الشخص كما يدركه المحيطون به.

أما الاضطراب الاضطهادي فهو لا يرتبط بموقف محدد، و يظهر في سياقات متعددة و مع طائفة كبرى من الأشخاص حتى المقربين منهم (كما في حالات الشك بدون مبرر في إخلاص زوجته أو وفاء صديق عمره، أو حسن نوايا أقاربه و زملاء العمل).

وتبدأ إحساسات الشخص البارانويدى بعدم الكفاءة منذ الطفولة المبكرة، وتزداد شدتها أثناء الطفولة المتأخرة والمراهقة حيث يتعرض الفرد للرفض والكراهية من والديه ومن الآخرين، وعلى ذلك ينشأ لديه الاعتقاد بأنه عديم الأهمية وأن العالم من حوله يحقد عليه ويكِن له الكراهية، الأمر الذي يؤدى به إلى التشكك في الآخرين، فلا يستطيع تكوين علاقات وثيقة معهم.

ونتيجة لهذا أيضاً فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية البارانويد يرفضون العلاج النفسي في معظم الحالات ولا يستفيدون منه إلا قليلاً،

فقد تُزيد هذه الوسيلة من العلاج من استثارة المريض وتشككه.

ونستطيع مما سبق الأنماط السلوكية للشخصية البارانويدية أو الاضطهادية كما هو موضح فيما يلي:

تظهر الشخصيات البارانوية يقظة مفرطة تجاه البيئة وعدم ثقة مزمنة في معظم الناس، وهم يرون أنهم على حق منُ الناحية المعنوية، وأنهم مستهدفون ومحسودون، ويرون الآخرين أنهم أقل كثيراً من أن يتسموا بالكمال، ونتيجة لذلك فإن قاعدة معلوماتهم مشوهة باستمرار ووجدانهم محدود، وبالتالى فإنهم يجدون من الصعب التكيف على نحو معقول مع المواقف أو العلاقات الجديدة المتناقضة بسبب يقظتهم المفرطة للبيئة، وعلى نحو متناقض سيكونون على نحو متكرر صائبين في الزعم بأن الناس الآخرين ضدهم.

وإذا لم يكن لهؤلاء الأفراد ثقة مطلقة تقريباً في الشخص الآخر، فإنهم لا يمكن أن ينموا وداً ويبحثون دائماً عن طرق متنوعة للاكتفاء الذاتي، وهم يتجنبون التعقيدات الانفعالية الخاصة بإنجاح علاقة ذات معنى، ويميلون إلى أن يكونوا مشاكسين، على سبيل المثال: قد يكتبون خطابات سلبية للشخصيات العامة أو يرفعون قضايا قانونية مبنية على أسس تافهة، ونادراً ما يأتون للعلاج دون إجبار من الآخرين.

ومن أجل بناء علاقة بالشخصية البارانوية أو حتى علاجها، فمن الضروري اكتساب ثقتها عن طريق التقمص العاطفي، ولكن ليس عن طريق المشاركة في أنماط الاضطراب، ومن الضروري بصفة خاصة التقمص العاطفي مع العواقب والتلفظ بها بالنسبة لسلوك مثل هذا الفرد، مثل العزلة وبكونه غير مفهوم أو بالرفض الشخصي المتبادل الذي يبدو ظالماً للبارانويدى.

والاعتقادات الأساسية التي غالباً ما يناضل بها البارانويدى هي:

١- إني فريد والآخرون غيورون.

٢- يستغل الآخرون أخطائي.

٣- من المفيد دائماً أن تكون حذراً.

٤- إن الأحداث السلبية تنتج بشكل مقصود من الآخرين.

٥- إن الناس الذين يثقون في الآخرين ويقتنعون بأفكارهم أغبياء، وأنا لا أستطيع أن أكون على هذا النحو.

ومفهوم المجتمع الزائف Pseudo community للبارانويدى يجعله غير قادر على أن يتواصل بحرية مع الأشخاص الآخرين، حيث يوجد له نموذج خاص بإيجاد خطأ مع الآخرين كنتيجة لنمو اجتماعي قاصر، ويخلق هذا العجز مشكلة حينما يكون البارانويدى تحت ضغط، لأنه لا يستطيع أن يدمج مدركاته مع تلك الخاصة بأشخاص آخرين أو لا يستطيع أن يفترض منظورات الأفراد الآخرين، واعتماداً على وسائله الخاصة، يستمر في سوء إدراكاته ويعيد بناء الحقيقة لتتسق مع إدراكاته المشوهة، وحينما تبلغ مدركاته ذروة التشويه يعتقد أن المجتمع يدبر ضده مؤامرة، ولأن هذا غير حقيقي يقال عنه أنه يعيش في مجتمع زائف.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية البارانوية:

يمكن تشخيص اضطراب الشخصية البارانوية من خلال الأعراض الآتية:

١- يتوقع دون أسباب كافية أن يقوم الآخرون باستغلاله أو إلحاق الأذى و الضرر به.

٢- يشك دون مبررات في مدى إخلاص الأصدقاء و المخالطين له أو المحيطين به و مدى الوثوق بهم.

٣- يستخلص معاني من شأنها أن تعمل على التحقير من شانه أو تهديد مكانته وذلك من ملاحظات و أحداث لا ضرر منها.

٤ـ يحمل الضغينة في نفسه ولا يتسامح أو يتساهل مع تلك الإهانات أو التلميحات أو الأخطاء البسيطة التي تصدر عن الآخرين.

٥ـ ينفر من الوثوق في الآخرين بسبب خوف لا مبرر له من انه سوف يقومون باستخدام ما لديهم من معلومات عنه ضده.

٦ـ يشعر بالإهانة أو الاستخفاف بشأنه بسهولة مما يجعله يثور ويغضب أو يقوم بالهجوم على الآخرين.

٧ـ يشك دون مبرر في مدى إخلاص زوجته له وأصدقائه.

٢ـ اضطراب الشخصية شبه الفصامية (الشبفصامية):

Schizoid Personality Disorder

هو نمط من اضطراب الشخصية يتسم بضعف القدرة على تكوين علاقات اجتماعية جيدة، ونتيجة لذلك فان الشخصية شبه الفصامية تكون خجولة ومنسحبة اجتماعياً، و الأفراد الذين يتسمون بهذا الاضطراب يكون لديهم صعوبة في التعبير عن العدائية و تأكيد الذات لأنهم قد انسحبوا من معظم الاتصالات الاجتماعية.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية شبه الفصامية:

و اضطراب الشخصية الشبه فصامية هو نمط شامل و عام من اللامبالاة بالعلاقات الاجتماعية، و يعد ذا مدى محدود من التعبيرات و الخبرات الانفعالية يبدأ مع بدايات البلوغ، و يتجلى في سياقات متعددة و متنوعة كما يتضح في أربعة على الأقل من الأعراض التالية:

١ـ لا يرغب الفرد في إقامة علاقات وثيقة أو حميمة مع الآخرين بما في ذلك العلاقات العائلية ولا يستمتع بمثل هذه العلاقات.

٢ـ يختار في الغالب الأنشطة الفردية، ويفضل القيام بها.

٣- يجد متعة حقيقية (إن حدث ذلك) في قلة عدد الأنشطة التي يشارك فيها أو يقوم هو بها.

٤- لا تظهر عليه أي رغبة أو لا يبدى أي رغبة في إقامة علاقات جنسية مع شخص من الجنس الآخر.

٥- لا يبالى بما يوجهه الآخرون له من نقد، كما لا يبالى أيضاً بمدحهم له.

٦- لا يوجد له أصدقاء حميمون أو من يقوم بالإسرار إليهم بمكنونات صدره، غير أقاربه من الدرجة الأولى.

٧- يبدو عليه البرود الانفعالى والتبلد العاطفي.

٣- اضطراب الشخصية فصامية النوع: Schizotypal Personality Disorder

الشخصية فصامية النوع تختلف عن الشخصية شبه الفصامية، حيث أن الشخصية فصامية النوع تعنى بوجه عام أن الفصام بذاته قد تجسد في شخص يمارس حياته ظاهريا بالاسلوب العادي، فهو شخص لا يبالى ولا يصنع علاقات بأي درجة من السطحية أو العمق، ولا يشعر بثقل ظله على الآخرين، ولا يعترف بأي مساحة خارج حدود ذاته (جغرافياً) ، ويسهم بشكل أو بآخر في إعاقة نموه ونمو من حوله بالمعنى الأشمل للنمو.

وتتسم الشخصية الفصامية بعدم الثبات الانفعالي، والشك الصريح، والعدوانية تجاه الآخرين – بعكس الشخصية شبه الفصامية – وشذوذ التفكير.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية الفصامية:

اضطراب نمط الشخصية الفصامى هو نمط عام وشامل من النقص في الارتباط بعلاقات مع الآخرين، مع تميز كل من التفكير والمظهر والسلوك بخصائص غير مألوفة أو غريبة يبدأ ظهورها مع بدايات البلوغ، وتظهر في

سياقات متعددة ومتنوعة تتضح في خمسة على الأقل من الأعراض التالية:

١- قلق اجتماعي مبالغ فيه من جانب الفرد كالانزعاج الشديد في المواقف الاجتماعية التي تتضمن الغرباء مع وجود خوف بارانوى و أفكار سلبية عن الذات.

٢- تسود لدى الفرد معتقدات شاذة تؤثر على سلوكه ولا تتفق مع المعايير الثقافية السائدة ولا مع المعايير الثقافية الفرعية مثل الاعتقاد في الخرافات أو التشاؤم و الاعتقاد في إمكانية قراءة أفكار الآخرين و التخاطر أي نقل الأفكار، و الشفافية أو ما يعرف بالحاسة السادسة، أما بالنسبة للأطفال و المراهقين فتسود لديهم خيالات مضطربة و غريبة.

٣- يمر الفرد بخبرات إدراكية غريبة أو غير عادية تتمثل في أوهام الشعور بوجود قوى أو أشخاص غير موجودين أمامه بالفعل، و هو ما يعرف بالضلالات الجسمية.

٤- يبدو مظهر الفرد و سلوكه شاذاً و غريباً كعدم الاهتمام بالمظهر، و اللوازم السلوكية الشاذة، و التحدث مع النفس.

٥- لا يوجد أصدقاء حميمون للفرد يمكن له أن يفضي إليهم بمكنونات صدره حيث لا يتعدى أصدقاؤه أقاربه من الدرجة الأولى.

٦- يصدر عن الفرد كلام شاذ أو غريب يفتقر إلى الترابط أو التماسك، كما يعد ذا مفردات قليلة مما يجعل هذا الكلام فقيراً في مفرداته إلى جانب أنه يتسم بالغموض و الإبهام أو التجريد غير الملائم، كذلك فغن الفرد يكثر من الدخول في موضوعات جانبية عديدة.

٧- حدوث قصور و عدم ملاءمة في الوجدان.

٨- يشك الفرد في كل شيء و كل من حوله، و يرتاب منهم بدرجة كبيرة كما تسود

لديه الأفكار البارانوية.

٤ـ اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (السيكوباتية):

Antisocial Personality Disorder

لقد استخدم اصطلاح "الجنون الخُلقي" أو الأخلاقي Moral Insanity أو "العته الخُلقي" للإشارة إلى الشخصية المضادة للمجتمع، و في أواخر القرن التاسع عشر ظهر اصطلاح الشخصية السيكوباتية على يد كوك Koch لكي يشير إلى هؤلاء المرضى الذين لا يمكن تصنيفهم ضمن أية فئة من فئات المرض العقلي.

و في عام ١٩٣٠ استبدل الاسكندر Alexander اصطلاح الشخصية السيكوباتية باصطلاح آخر هو "الشخصية العصابية" و يقصد بها الشخصية المريضة نفسيا بمرض يتناول الجانب الخلقي في الإنسان، و كان الاسكندر يقصد بذلك تأكيد النشأة السيكولوجية أي النفسية في هذا الاضطراب.

و لكن في خلال هذا الوقت اقترح باترودج Patridge اصطلاح الشخصية المضادة للمجتمع لكي يؤكد أن هذا الاضطراب عبارة عن سوء تكيف اجتماعي أكثر من كونه سوء تكيف نفسي، و منذ ذلك الحين و الاصطلاحان يستخدمان بالتبادل ليشير كل منهما إلى الشخصية المضادة للمجتمع، و نعنى بذلك اصطلاحي السيكوباتية و السيسيوباتية، و لكن في الاستخدام الحديث المعاصر يفضل اصطلاح السيسيوباتية.

والسيكوباتيين لا تبدو عليهم أعراض نفسية أو عقلية أو جسمية بالمعنى الذي نجده في حالات العصاب أو المرض العقلي (الذهان)، لكن سلوكهم لا يمكن أن يكون من وجهة نظر المجتمع سلوكا متزنا أو عاقلا على الإطلاق.

إذن فالسيكوباتية ليست مرضا عقليا أو مرضا عصابيا نفسيا أو تأخرا عقليا أو مرضا جسمانيا، إذ أن أهم ما يميز السيكوباتى هو انحرافه اجتماعيا، و يتميز

من طفولته بالشغب و المناوشة و لا يؤثر فيه مدح أو ذم ولا ثواب ولا عقاب، فهو دائما خارج عن التقاليد و النظم.

و يعتبر عادياً في قدراته العقلية، إلا أنه لا يعبأ بالمسئولية، ولا يتخلى أبداً عن سلوكه الطفلى، و تبدو بعض تصرفاته غريبة و كأنها تصدر عن عقل مريض إذ قد يكون غنياً وفي غير حاجة إلى المال إلا أنه يلجأ إلى السرقة لمجرد اللذة، و قد يملك سيارة فيرى سيارة أخرى فيقودها و يقذف بها من قمة الجبل و يعود إلى سيارته ثانية كأنه لم يفعل شيئا غريباً، و هو يتميز عادة بالظرف و القدرة على اجتذاب عطف الغير و إعجابهم به و صداقتهم له بالرغم من انه لا يؤمن له ولا يوثق فيه.

معايير تشخيص الشخصية السيكوباتية أو المضادة للمجتمع:

أ- وجود نمط ثابت و شامل من التجاهل و اغتصاب حقوق الآخرين و يبدأ من بداية الخامسة عشر من العمر، و يتحدد بثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية:

١- الفشل في الامتثال للمعايير الاجتماعية، و اختراق أو كسر أشكال السلوك القانونية، و يتكرر القبض على الشخص المضاد للمجتمع.

٢- الميل إلى المخادعة كما يبدو في تكرار الكذب أو الظهور بمظهر رجل محترم، أو خداع الآخرين من اجل تضليلهم و كسب ثقتهم فيه.

٣- الاندفاع و التهور.

٤- الهياج و العدوانية كما يبدو في المشاجرات و التهجمات البدنية.

٥- التهور و عدم تأمين نفسه أو الآخرين.

٦- عدم تحمل المسئولية بشكل دائم، و الفشل المستمر في الاستمرار في عمل واحد أو تحقيق دخل مادي ثابت بطريقة مشروعة.

٧- عدم الشعور بالندم و تكرار إيذاء الآخرين و سرقتهم.

ب- يكون عمر الشخص ثمانية عشر على الأقل.

ج- يوجد دليل على وجود اضطراب الاتصال قبل عمر الخامسة عشر.

د- لا يكون اضطراب السلوك المضاد للمجتمع أثناء تطور الفصام أو نوبة الهوس.

هـ اضطراب الشخصية الحدية (البينية):

Border line Personality Disorder

الشخصية الحدية هي تلك الشخصية التي تقف على الحدود التي تفصل بين الصحة والمرض، بحيث إذا وقف الإنسان على هذا الخط الفاصل فهو ليس مريضاً وهو أيضا ليس سوياً، أو هو مريض أحياناً وسوى أحياناً أخرى، وحالة المرض لا تستمر إلا ساعات أو أيام قليلة، وكذلك حالة السوية.

وصاحب هذه الشخصية لا يمكن أن نراه على حال واحد ثابت ومستقر، فقد نراه على صورة معينة وإذا صادفناه مرة أخرى نراه على صورة أخرى مناقضة مغايرة أي مختلفة تماما، ولهذا لا يمكن التوقع أو التنبؤ بالنسبة له، ويعتبر عدم الاستقرار والتغير من حال إلى حال من ابرز واهم سماته، لذا فتتسم علاقاته بالآخرين بالتذبذب الشديد والذي يرجع إلى التناقض الغريب الذي يصيب حالته المزاجية.

ويقع المصابون بهذا الاضطراب على الحافة بين العصاب والذهان، وقد أطلق على هذا الاضطراب عدة اصطلاحات منها الفصام المتغير، و الفصام العصابى الكاذب، والشخصية ذهانية السمات، والشخصية غير المستقرة عاطفياً.. ويميز الشخصية الحدية اضطراب الهوية الثابت وعدم التحديد في نواحي الحياة المختلفة مثل صورة الشخص عن نفسه وأهدافه البعيدة، واختيار العمل ونوع الأصدقاء والشريك الجنسي والقيم التي يتبناها، وغالباً يشعر بعدم الثبات لصورة الذات كإحساس مزمن بالفراغ.

ويصاحب اضطراب الشخصية الحدية ملامح من الاضطرابات الاخرى للشخصية مثل فصامية النوع والهستيرية والنرجسية والمضادة للمجتمع، وخلال فترات الضغط الشديد قد تحدث أعراض ذهانية عابرة، ولكنها غير كافية الشدة لعمل تشخيص إضافي.

ويمثل اضطراب الشخصية الحدية نمطاً شاملا من عدم استقرار المزاج، والعلاقات مع الآخرين، وصورة الذات، والوجدان، والاندفاعية الواضحة، ويبدأ مع بدايات الرشد ويتجلى في سياقات عديدة ومتنوعة.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية الحدية:

يمكن تشخيص اضطراب الشخصية الحدية كما يلي:

نمط متواصل من عدم الاستقرار أو الثبات في العلاقات الشخصية المتبادلة وصورة الذات والوجدان، مع الاندفاعية الواضحة، ويبدأ هذا الاضطراب مع بداية مرحلة المراهقة ويظهر في سياقات متعددة، ويتحدد بظهور خمسة أو أكثر مما يلي:

١- بذل الجهود الهياجية لتجنب الهجر، مع ملاحظة أن هذا المعيار لا يتضمن السلوك الانتحاري أو إيذاء الذات.

٢- نمط من عدم الاستقرار الشديد في العلاقات الشخصية المتبادلة والتي تتسم بالتقلب أو التأرجح بين المثالية الشديدة والتحقير الشديد.

٣- اضطراب الهوية وصورة الذات.

٤- الاندفاع في مجالين على الأقل مدمرين للذات على نحو كامن (مثل الإسراف في إنفاق المال، والجنس وسوء استخدام العقاقير، والقيادة بسرعة متهورة، والأكل بشراهة في الحفلات العامة)، مع ملاحظة أن هذا المعيار لا يتضمن السلوك الانتحاري أو إيذاء الذات المتضمن في المعيار الخامس.

٥- تكرار السلوك الانتحاري، أو الإيماء به، أو التهديد بالانتحار أو سلوك إيذاء الذات.

٦- عدم الثبات الوجداني والذي يرجع إلى اضطراب التفاعل المزاجي (مثل عدم الارتياح الشديد للأحداث، والهياج، أو القلق المستمر عادةً إلى ساعات قليلة، ولكنه نادراً ما يستمر لأيام قليلة).

٧- شعور مزمن بالفراغ.

٨- غضب شديد غير ملائم ويصعب ضبطه (مثل الاستياء المتكرر والغضب المستمر، وتكرار حدوث المشاجرات البدنية).

٩- أفكار بارانوية أو أعراض انشقاقية شديدة مرتبطة بالمعاناة من الضغوط العابرة.

٦- اضطراب الشخصية الهستيرية: Histrionic Personality Disorder

تتسم هذه الشخصية بالأنانية التي لا حدود لها، و ليس لديها ذرة عطاء للآخرين، و إذا أعطت فذلك أمر مؤقت مرهون بقضاء مصلحة أو حباً في الظهور، و لذلك فهي لابد أن تعلق عن عطائها حتى و إن كان في ذلك جرح لمن أعطت.

ويتسم الأفراد في هذا إلا بالمبالغة في التفاعل مع الآخرين حيث يلتمسون الاهتمام بهم والتعاطف معهم، مع الاستجابة للمواقف بشكل أكثر عنفاً وشدة مما هو معتاد أو مألوف، ويلاحظ أن أسباب وأعراض هذه الشخصية لا توازى أسباب وأعراض ما كان يسمى تقليدياً بعصاب الهستيريا.

وقد تثير الشخصيات الهستيرية علاقات جديدة بسهولة نسبيا، كما يبدون قادرين على التوحد النفسي والاجتماعي، ومع ذلك فليس لديهم استبصار عميق لمستوياتهم الخاصة في علاقة معينة رغم أنهم قد يكونوا جذابين ومغريين جنسياً، إلا أن استجاباتهم غير ناضجة.

وقديماً كان يوجد جدل مستمر بالنسبة لما إذا كان هذا الاضطراب يحدث بصفة متكررة لدى الذكور، ولكن من الواضح أن هذا الاضطراب موجود لدى الذكور، ومع ذلك نتوقع حدوثه بكثرة لدى النساء.

و الاعتقادات الأساسية الشائعة لدى الهستيريين هي:

١ـ المسئولية أو الانتباه إلى التفاصيل تعني فقد الحماس للحياة.

٢ـ إن الناس لن يحبونني بسبب أفعالي ولذلك أحاول جذبهم لي.

٣ـ إن الرفض مُجلب لكارثة.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية الهستيرية:

نمط متواصل من الانفعالات المتزايدة وجذب الانتباه، ويبدأ هذا النمط مع بداية الرشد ويظهر في سياقات متعددة، ويحدد بثلاثة أو أكثر من الخصائص التالية:

١ـ الشعور بالضيق في المواقف التي لا يكون فيها الشخص مركز اهتمام الآخرين.

٢ـ يتسم التفاعل مع الآخرين بالغواية الجنسية أو السلوك الفاضح.

٣ـ عدم الثبات الإنفعالي مع سطحية العواطف.

٤ـ استخدام المظهر البدني اللافت للانتباه دائماً.

٥ـ استخدام الاسلوب غير الواقعي في الكلام الذي تنقصه التفاصيل.

٦ـ عرض درامي للذات على نحو مسرحي والمبالغة في التعبير عن العواطف.

٧ـ القابلية الشديدة للإيحاء (سهولة التأثر بالآخرين).

٨ـ يعتبر أن العلاقات أكثر تهويلاً من كونها علاقات فعلية.

٧- اضطراب الشخصية النرجسية: Narcissistic Personality Disorder

يشير مصطلح النرجسية إلى سلوك الفرد عندما يعامل جسمه بطريقة مماثلة للطريقة التي يعامل بها عادة جسم موضوع جنسي أخر، وهو حينما يتأمله يجنى لذة جنسية ويظل يداعبه ويتحسسه إلى أن يحقق إشباعا كاملا، ويرى فرويد أن النرجسية إذا ما بلغت هذا الحد تصبح ذات دلالة انحرافية وبذلك تعنى النرجسية الحب الموجه إلى صورة الذات.

وصاحب الشخصية النرجسية يعشق ذاته لدرجة تقف حائلا أمام عينه وعقله فلا يرى الناس إلا أقزاما أقل قدرا وأقل شأنا منه، وهو مثل الشخصية السيكوباتية والشخصية الهستيرية لا يحمل مشاعر لأي إنسان ولا يتعاطف ولا يتألم من أجل أحد، ولا يضحى ولا يتنازل، ولا يعطى، وإذا أعطى فمن أجل مصلحة، كما تتسم علاقاته مع الآخرين بالاستغلال والانتهازية والأنانية، ونرجسيته تجعله شديد الحرص على نفسه وعلى صحته حتى يبدو دائما شابا وقويا، ويعانى كلما تقدم به العمر ويداهمه الاكتئاب الحقيقي إذا انتزعت من يديه السلطة أو ابتعد عن دائرة الضوء والاهتمام.

وتتمثل الاعتقادات الأساسية الشائعة لهذا الاضطراب في:

١- أنا شيء خاص، فريد، من الصفوة.

٢- أحب أن اتحدى أو أتنافس مع الآخرين.

٣- إن أي عيوب موجودة لدى فهي راجعة إلى التنشئة الوالدين السيئة لى.

٤- الإدراك، والاحترام كلها أمور ضرورية لى، وأن الآخرين موجودون لتقديمها لى.

٥- المشاركة، أو خدمة الآخرين، أو أي سلوكيات غير أنانية هي علامات ضعف وعلامات على عدم التكامل النفسي لدى الفرد.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية النرجسية :

يحدد كتيب التشخيص الإحصائي الرابع معايير تشخيص اضطراب الشخصية النرجسية كما يلي:

نمط ثابت من الشعور بالعظمة والحاجة إلى إعجاب الآخرين، ونقص التعاطف مع الآخرين ويبدأ هذا الاضطراب مع بداية الرشد، ويظهر في سياقات متعددة، ويتحدد بخمسة أو أكثر من الخصائص التالية:

١- وجود إحساس متعاظم بأهمية الذات (مثل المبالغة في التحصيل والمواهب ويتوقع أن الناس يعرفون أنه كفء في كل إنجازاته).
٢- الانشغال في خيالات النجاح غير المحدود، أو القوة، أو التألف، أو الجمال، أو الحب المثالي.
٣- يعتقد أنه شخص فريد من نوعه ولا يفهمه إلا الأفراد من ذوى المكانة العالية.
٤- يحتاج لمزيد من الإعجاب.
٥- الإحساس بالأهلية والكينونة، أي توقعات غير معقولة لمعاملة الناس له معاملة خاصة أو الانصياع التلقائي لهذه التوقعات.
٦- يتسم بالاستغلال خلال العلاقات الشخصية المتبادلة، أي يستفيد من الآخرين لتحقيق أهدافه الخاصة.
٧- يفتقر إلى التعاطف مع الآخرين ولا يشارك مشاعر الآخرين.
٨- غالبا ما يحسد الآخرين أو يعتقد إن الآخرين يحسدونه.
٩- يبدو متعجرفا مع سلوكيات واتجاهات متغطرسة.

٨ـ اضطراب الشخصية التجنبية: Avoidant Personality Disorder

تتسم تلك الشخصية بالخجل والصراع بالنسبة للعلاقات الشخصية المتبادلة، حيث يرغب الشخص في عمل تلك العلاقات ويحجم عنها في نفس

الوقت، وبهذا تختلف الشخصية التجنبية عن الشخصية فصامية النوع حيث توجد الرغبة في العلاقات الشخصية المتبادلة، كما تختلف أيضا عن الشخصية الحدية حيث لا تظهر درجة واضحة من الهياج والتقلب الانفعالى الذي يظهر في الشخصية الحدية.

ويقترب هذا الاضطراب في نواح كثير من اضطرابات القلق حيث توجد درجة من القلق والأسى، وتقدير الذات المنخفض، ويتعلق القلق والاكتئاب لدى هؤلاء الأفراد بالرفض المدرك ونقد الآخرين، وهذا الاضطراب شائع لدى النساء، وأي اضطراب في الطفولة يتركز على الخجل يُعرض الفرد إلى اضطراب الشخصية التجنبية.

إن الشخصيات المتجنبة حساسة إلى أقصى مدى للرفض ويبدو أنها تحتاج إلى ضمانات سابقة بأن العلاقة سوف تنجح.

معايير تشخيص الشخصية التجنبية:

نمط ثابت مع القمع الاجتماعي، والشعور بعدم الكفاية والحساسية الزائدة للتقييمات السلبية، ويبدأ هذا الاضطراب مع بداية الرشد ويظهر في سياقات متعددة، ويتحدد بأربعة أو أكثر من الخصائص التالية :

١- تجنب الأنشطة المهنية التي تتضمن علاقات شخصية متبادلة هامة بسبب الخوف من الانتقاد أو عدم الاستحسان أو الرفض.

٢- يرفض التعامل مع الآخرين فيما عدا الأشخاص الذين يشبهونه.

٣- يبدى تحفظا في مجال العلاقات الحميمة بسبب خوفه من الخزي أو السخرية منه.

٤- الانشغال مسبقا بما يمكن توجيهه إليه من نقد أو رفض في المواقف الاجتماعية.

٥- عدم الإقبال على المواقف البينشخصية الجديدة لشعوره بعدم كفايته الشخصية.
٦- النظر إلى ذاته باعتبارها غير جديرة، أو الشعور بالدونية مقارنة بالآخرين.
٧- المقاومة غير العادية للقيام بأي مخاطرة شخصية أو الانغماس في أية أنشطة جديدة لأنها قد تكون مربكة.

٩- اضطراب الشخصية الاعتمادية (المعتمدة):

Dependent Personality Disorder

وتتسم هذه الشخصية بالفشل في تحمل المسئولية في المجالات الرئيسية في حياة الشخص، والاعتماد على الآخرين في اتخاذ القرارات الهامة وانخفاض تقدير الذات.

وتحتاج هذه الشخصية إلى الموافقة على السلوك التي تقوم به، وإلى الطمأنة والتشجيع، وقد تتضمن الصورة الإكلينيكية مظاهر القلق، وقد يبدو الزوج السلبي مثلا في الاعتماد والاتكال على زوجته في كل القرارات الهامة.

و قد يخفي مثل هؤلاء الأشخاص عدوانهم الصريح وينسحبون من أي موقف يمكن أن يثير العداء وهم سلبيون هيابون خائفون في العادة، على أن العداء المتخفي وراء قشرة صلبة من التهيب والسلبية هو بالضرورة لا شعوري تماما، ولو بدت العدوانية بشكل واضح، فإن التسمية يمكن أن تصبح (الشخصية السلبية العدوانية)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية الاعتمادية:

الحاجة الثابتة والمستمرة لتلقى الرعاية والتي تؤدى إلى سلوك الخضوع والالتصاق بالآخرين خوفا من الانفصال. ويبدأ هذا الاضطراب مع بداية الرشد ويظهر في سياقات متعددة، ويتحدد بخمسة أو أكثر من الخصائص التالية:

١- وجود صعوبة في اتخاذ القرارات اليومية بدون وجود قدر متزايد من النصح والإرشاد والتشجيع من الآخرين.

٢- يحتاج إلى الآخرين في تحمل المسئولية في معظم مجالات حياته الخاصة.

٣- وجود صعوبة في الاعتراض على الآخرين بسبب الخوف من افتقاد المساندة أو الاستحسان، مع ملاحظة أن هذا المعيار لا يشمل المخاوف الواقعية.

٤- وجود صعوبة في البدء في أي مشروع أو عمل أي شيء من تلقاء نفسه (بسبب الافتقار إلى الثقة في النفس عند إصدار حكم فضلا عن انخفاض الدافعية والطاقة لديه)

٥- يسعى إلى اكتساب أكبر قدر من الدعم والمساندة من الآخرين.

٦- الشعور بعدم الراحة أو العجز حينما يكون وحيدا للخوف الشديد من عدم القدرة على رعاية نفسه.

٧- يبحث بلهفة عن علاقة أخرى للرعاية وذلك عند انتهاء إحدى علاقاته الحميمة.

٨- الانشغال غير الواقعي بالخوف من تركه يرعى نفسه بمفرده.

١٠ـ اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية:

Obsessive-Compulsive Personality Disorder

إن صاحب الشخصية القهرية لديه قصور في التعبير عن عواطفه وقدراته المحدودة في نقل أحاسيس الدفء والتعاطف والمودة، أما الصفة الثانية التي يتسم بها صاحب الشخصية الوسواسية القهرية فهي الدقة المتناهية في كل شيء، الدقة التي تبغي الكمال، ولكن الكمال الذي يبتغيه يكون من الصعب الوصول إليه نظرا لاهتمامه بداية بالتفاصيل وكل الأشياء الصغيرة والمحافظة على الشكل المبدئي.

ولهذا فهو يرهق وينهك وهو ما يزال في منتصف الطريق، كما يتسم صاحب الشخصية القهرية بأنه في شجار دائم مع الآخرين ومع نفسه أيضا يحاسبها

ويؤنبها .. ضميره متيقظ وقاس يوخذه.. ويقلقه ويدفعه أحياناً إلى حد الوسوسة.

وتختلف الشخصية الوسواسية القهرية عن اضطراب الوسواس القهري في الآتي :

١- الشخصية الوسواسية القهرية نادرا ما تصبح وسواسيه بالنسبة لقضايا معينة.

٢- الشخصية الوسواسية القهرية هي نمط ثابت ومزمن من الاضطراب، ولكنه لا يشير إلى سلوك محدد مثل غسيل الأيدي المتكرر.

٣- لا يشعر الفرد في اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية بالقلق أو الانزعاج على حالته بل يسبب ضيقا للآخرين من حوله.

معايير تشخيص اضطراب بالشخصية الوسواسية القهرية:

يحدد كتيب التشخيص الإحصائي الرابع معايير تشخيص اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية كما يلي:

نمط ثابت من الانشغال بالتنظيم والكمال والتحكم العقلي و البينشخصي (انضباط العلاقة بالأشخاص الآخرين) مع نقص في المرونة والصراحة.

ويبدأ هذا الاضطراب مع بداية الرشد ويظهر في سياقات متعدد، ويتحدد بأربعة أو أكثر من الخصائص التالية:

١- الانشغال بالتفاصيل والقواعد والنظام والترتيب أو الترتيب بدرجة يضيع معها الاهتمام بالنقاط الرئيسية في الموضوع.

٢- ينشد الكمال لدرجة تتعارض مع تكميل ما يقوم به (مثل: عدم القدرة على إكمال أي مشروع لأنه يطلب معايير صارمة جدا ولم تتحقق)

٣- الاكتراث والإخلاص في العمل والإنتاج والابتعاد عن أنشطة الاستمتاع والصداقة (ليس ذلك بسبب الحاجة إلى المال)

٤- وجود ضمير قاسي وعدم المرونة في الأمور المتعلقة بالأخلاق أو القيم (لا يعد هذا المعيار ضمن التوحد الثقافي أو الديني)

٥- عدم القدرة على رفض الموضوعات التافهة والتي لا قيمة لها.

٦- مقاومة أو معارضة المهام الموكلة إليه من الآخرين إلا إذا وافقه الآخرون على طريقة أدائه لهذه المهام.

٧- البخل في إنفاق المال بحجة أن المال يجب ادخاره لمواجهة أزمات المستقبل.

٨- الجمود والعناء أو التعصب والصرامة والصلابة وعدم اللين.

عاشراً: أسباب اضطرابات الشخصية

أولاً: الأسباب البيولوجية:

تلعب الوراثة دوراً كبيراً في اضطرابات الشخصية، وقد يكون اضطراب الشخصية لدى الفرد هو نفس الاضطراب السائد لدى العائلة، أو قد يكون اضطراب آخر هو السائد لدى العائلة، كما لوحظ أن هناك عدداً لا بأس به من أقارب ذوى اضطرابات شخصية مصابين بأنواع مختلفة من الذهانات.

وعلاوة على ما سبق يري أنصار النظريات الفسيولوجية أن بعض الأفراد يولدون بخصائص فسيولوجية معينة تجعلهم مستهدفين لتنمية أنماط معينة من اضطرابات الشخصية، فالشخصيات المضادة للمجتمع مثلاً.. قد يكون لديها استثارة منخفضة مزمنة للجهاز العصبي المستقل المرتبط بالاستجابات الانفعالية.

ثانياً: الأسباب النفسية:

١- توقف النضج النبضي في الطفولة المبكرة تماماً بحيث يصبح النمو بعد هذا التجميد الطفلي مجرد زيادة في حجم الشخصية وليس إعادة تركيب مكوناتها، وكثيراً ما يظهر هذا في الأفراد قبل المراهقة.

٢- إدراك الرفض الوالدى وخاصة لدى الأفراد ذوي الشخصيات المضادة للمجتمع، حيث يدرك الأطفال الرفض وعدم القبول أو الحب من قبل الوالدين، وهذا يجعل الأبناء لا يتبنون القيم المعنوية للوالدين.

٣- حدوث صراع شديد بين مكونات الشخصية (الهو – الأنا – الأنا الأعلى) أثناء مراحل نمو الشخصية، فلا يتحقق توازن وتوافق الشخصية، حيث يصبح "الأنا" غير قادر على التوفيق بين نزعات "الهو" ومطالب "الأنا الأعلي" والواقع الخارجي.

٤- قد يؤدي التثبيت على مرحلة نمو نفسي جنسي معينة إلى اضطرابات الشخصية، مثل التثبيت على الشق الأول من المرحلة الفمية فقد يؤدى إلى اضطراب الشخصية الفصامية، أما التثبيت على الشق الثاني من المرحلة الفمية فقد يؤدى إلى اضطراب الشخصية الحدية، أما التثبيت على المرحلة الشرجية فقد يؤدى إلى اضطراب الشخصية البارانوية.

حادي عشر: علاج اضطرابات الشخصية

يلاحظ أن أساليب العلاج المختلفة لا يمكن أن تغير كثيراً من الخصائص الأساسية لاضطرابات الشخصية.

واستخدام العقاقير في علاج اضطرابات الشخصية قليل الفائدة، كما أن الكثيرين يفضلون العلاج الجماعي عن العلاج الفردي حيث يظهر في العلاج الجماعي أوجه التشابه والفروق بين المريض و الآخرين، كما يجد المريض الفرصة لتكوين علاقات ويتعلم أن يعيش مع الآخرين بالتعديل من سلوكه.

لذلك يعتبر علاج اضطرابات الشخصية من أصعب ما يواجه المعالجين النفسيين، وترجع هذه الصعوبة للأسباب التالية:

١- عدم حضور المريض للعلاج إلا إذا تصادم مع المجتمع، والمريض عادةً لا يهدف إلى تغيير سلوكه ولكنه يحاول أن يتخلص من الصعوبة الطارئة.

٢- إن أي محاولة لتغيير هذه الأنماط التي ثبتت تهدد باختلال التوازن النفسي - ولو انه توازن سيئ إلا أنه توازن بشكل ما - ولذلك فالمريض يقاوم العلاج.

٣- بالرغم من معاناة بعض أفراد الأسرة إلا أن علاقتهم بالمريض قد استقرت على أساس توازن معين من ضمن مقوماته هذا النمط الشاذ، ويعارضون لاشعورياً محاولة تغييره (لذلك يجب النظر إلى ديناميات الأسرة جميعها).

وبالرغم من صعوبة العلاج، فإن المريض وأهله قد يضطرون إلى المغامرة بالعلاج، وهنا.. تستخدم أهم الطرق العلاجية التالية:

١ـ العلاج النفسي:

وهنا يحاول المعالج أن يقيم علاقة وثيقة بينه وبين المريض، ويقدم له المساندة مع فهم دوافعه وإعطائه الفرصة لتفريغ انفعالاته، وإكسابه النضج تدريجياً، كما يمكن إعادة نمو المريض وتكوين عادات صحية.

٢ـ العلاج السلوكي:

ويهدف هذا العلاج إلى تغيير عادات المريض بالارتباط الشرطي واستخدام مبادئ الثواب والعقاب أو التدعيم الايجابي والسلبي للإبقاء على السلوك الجيد والتخلص من السلوك المرضي، ويستخدم هذا العلاج في الشخصيات المضادة للمجتمع والتي تدمن الخمور حيث يمكن علاجها باستخدام العلاج بالتنفير.

٣ـ العلاج البيئي:

وفي هذا العلاج يتم تخفيف الضغوط التي تقع على المريض سواء كانت هذه الضغوط أكاديمية أو مهنية أو أسرية، ومحاولة حل الصراعات الأسرية سواء

بين الزوجين أو بين الوالدين والابن، وذلك لمساعدة المريض على التكيف بطريقة أفضل.

٤ـ العلاج بالعقاقير:

يعتبر علاج العقاقير ذو تأثير محدود حيث أنه لا يفيد إلا في علاج الأعراض الطارئة مثل التوتر أو القلق أو الاكتئاب، وتستخدم مضادات القلق والاكتئاب في هذه الحالات، كما تستخدم مضادات الذهان في حالة اضطراب الشخصية البارانوية أو الفصامية.

الفصل الثامن

دراسات في علم النفس المرضي

الفصل الثامن

دراسات في علم النفس المرضي

الدراسة الأول:

البناء العائلى المتصدع وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية لدى الطفل العامل.

الدراسة الثانية:

تأثير وفاة الأب على بعض المتغيرات الوجدانية والشخصية والقيم لدى عينة من المراهقات.

الدراسة الثالثة:

بعض السمات الإكلينيكية للمعاقين حركياً " دراسة مقارنة"

الدراسة الأولى
البناء العائلي المتصدع وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية لدى الطفل العامل "دراسة مقارنة"

١ـ المقدمة:

الأسرة هي الأرض التي تنبت فيها أول بذور الطفل، منها يرتشف كل القيم والمبادئ والأخلاقيات، وعليها يرتع وهو آمن على نفسه، يجد من يحتضنه منذ أول إطلالة لـه على الدنيا، لا يحمل للغد هماً، ولا يأمل من اليوم سوي الفرح والسعادة واللعب، هي التي تحضنه، تمد يدها لتحميه في السواء والمرض، وفي كل الأوقات، إنه بدونها بلا هوية، ولا كيان، ولا معني، ولا قيمة، ذاته في وجودها، بقاؤه مرهون بها، وجوده لا أهمية لـه ما لم تكن هي التي أنبتته، تتركه يزرع، يحرث ثماره، يقلب فيها، تصبر عليه حتي تجني معه كل الثمار التي سمحت هي بزرعها، وكلما كان الناتج كما أرادت وأراد، نجد في النهاية طفلاً سوياً من كل الوجوه، صحياً ونفسياً وعقلياً واجتماعياً، أنماطه السلوكية متوافقة مع البيئة والآخرين، ذا انتماء لها وللوطن ولكل ما حوله.

والأسرة هي أفضل مكان ولا مكان سويّ يمكن أن ينمو فيه الطفل إلا أسرته، فمع بداياته الأولي ينمو ضميره ويتطور معتمداً عليها ومتوحداً معها، إنه يوحد نفسه مع أبويه، يفعل كما يفعلان، يقلدهما، واعتماده عليهما، لا يعني في النهاية سوي أنه سيكون قد عرف الصواب من الخطأ، إذ أن نضج الضمير ونموه إنما يتم بالتوحد الاعتمادية على الوالدين خصوصاً خلال سنوات حياته الأولي. إن الآباء يلعبون دوراً مهماً في توافق أولادهم، خصوصاً فيما يتصل بنموهم وكينونتهم، بمعني أن العلاقات الأبوية الحميمة تؤدي إلي التوافق النفسي لأولادهم، وإهمال العلاقة بينهم وبين أولادهم يؤدي إلي سوء التكيف والتوافق، والأبوة تعني الحب والرعاية للأطفال ومساعدتهم على النمو، إنها وظيفة تؤدي بطرق متنوعة وأساليب مختلفة، كما أنها ترتبط بمواقف متنوعة والأب على وجه الخصوص، هو من يجعل للأسرة وجوداً، إنه يساند ويؤيد

ويدعم الأسرة كلها، كي يجعلها وحدة واحدة متكاملة، والأم تستمد قوتها منه، وبه يمكنها أن تربي أولادها تربية سوية. ولأهمية دورها ووجودها في حياة أي إنسان، ينظر إليها على أنها أكثر وحدة جماعية مهمة في معظم المجتمعات، إنها ليست مهمة فقط في حياة الفرد، بل في حياة الأمم والسياسات والتغيرات السائدة في المجتمع.

وتبعاً لذلك فهي كنظام اجتماعيٌ تعتبر من أكثر الجماعات تأثراً بالتغيرات الاجتماعية فكما هي تؤثر في حياة الأمم والسياسات، فهي تتأثر بعدة عوامل منها: نظام التربية والتعليم، الرفاهية والرعاية الاجتماعية، والنظام الصحي، والأنظمة السياسية والاقتصادية والقانونية، وتأثرها هذا يؤثر على أفعال أفرادها واختياراتهم وقيمهم واتجاهاتهم ومعتقداتهم، والأسرة حين تقدم للطفل ما ينبغي أن تقدمه له حتي يحيا حياة كريمة، يستمتع فيها بكل لحظة في عمره، أو تعتبر أسرة إيجابية، ينظر لها على أنها الملجأ والرعاية، فيها الهدوء والدفء والأمن العام، تزرع الحب بين أعضائها فيحب بعضهم بعضاً، كل فرد فيها يتقبل ظروف الآخر، كل أفرادها يحصلون دوماً على دعمها النفسي، فضلاً عن أنها تؤمنهم ضد مخاطر المجتمع، وإذا لم تقم بما سبق نظراً إليها على أنها سلبية، يتسم أفرادها بالعنف واللاتوافق ويوصفون سيكولوجياً بأنهم ذوو اضطرابات عائلية أو أسرية.

ولأن الأسرة تتنازعها عوامل عدة، لا تجعلها دائماً قادرة على أداء وظيفتها على الوجه الأكمل، ولأن الكمال مستحيل، لذا ينظر إلي صفات الأسرة السوية على أنها (١) الصورة الوالدية ليست نموذجية أو مثالية، ولكن يبدو الوالد على علاقة طيبة مع أبنائه، (٢) الأم هي المانحة للحب والعطف والحنان وهي ليست سلبية، ترعى أولادها وتعارضهم في بعض المواقف، ولا يستغل موقفهما معهم كأم لإلزامهم بسلوك معين، (٣) أسر الأسوياء بها درجة من التفاهم تمثل الحد الأدنى لخلق جو أسري صحي ويتمثل ذلك في وضوح الأدوار الوالدية وقيام كل والد بدوره السلوكي الذي يتوقعه منهم أطفالهم.

إذا كانت هذه هي الصورة التي – على الأقل – يحب أن تكون عليها، فما بالنا بالأسر التي لا تستطيع أن تكون بمثابة الحماية والأمن وهما أشد ما يحتاجه الطفل على الأخص، فإذا لم يتوفر لـه حقه في أن يعيش آمناً، بسبب الظروف الأسرية الصعبة التي يمكن أن تتعرض لها الأسرة سواء أكان هذا بشكل كان يمكن للأسر تجنبه لحماية الطفل كحالات الطلاق، أم كان هذا خارجاً عن إرادتها كوفاة أحد الوالدين أو كليهما، أصيب الطفل بالعديد من الاضطرابات وما أكثرها، فمنها مشكلات تتعلق بالنمو، وأخري باضطرابات السلوك، وكذلك مشكلات القلق، واضطرابات الكلام واللغة، وغير هذا كثير كذلك فإن من بعض ما يمنع من النمو المتكامل للطفل ارتباك حالة المعيشة بالمنزل أو تعرض سفينة الزوجية للرياح التي تهددها بالغرق.

إن الطفل في حاجة إلى نوع من الوجود الإنساني المشبع من جانب الكبار وذلك في كل مرحلة من مراحل حياته حتي يكون قادراً على استبدال ضعفه بسلوك ثابت ومتزن، كما أن نموه يتأثر تماماً بالبيئة المحيطة به نفسياً واجتماعياً، ويعاني الصغير من قصور شديد في حالة تعرض بيئته الأسرية للأزمات والتوترات. لذا والطفل حين يعاني ظروفاً قاسية لا يحتملها، وحين يحرم من عطف الكبار ويعاني في طفولته من نقص الخبرة الاجتماعية فإنه يظهر عجزاً في الاتصال وفي العديد من أنواع السلوك السوي.

إن الطفل أول ضحايا أية ظروف أسرية غير سوية، فإذا كان هو محور اهتمامها وجل تقديرها في سواءها وابتعادها عن المشكلات التي تعتريها والتي قد تؤدي إلي تفككها، فهو أيضاً أول من تهب في وجهه رياح عصفها، فينتقل من حال إلي حال وتتبدل لديه أمور كثيرة وتعتريه المشكلات والاضطرابات النفسية وغير ذلك، وقد يشتد الأمر عليه وعلى عقله الصغير فيجد نفسه مشرداً في الشوارع، أو عاملاً جائلاً أو عامل ترحيلة أو عاملاً في مصنع أو ورشة، ينهض بأعباء الكبار ويتحمل ما ينبغي عليهم أن يقوموا هم به، ويتعرض للعديد من المضايقات والمشكلات التي قد ينوء بها الكبار والتي

قد لا يتحملها جسده الصغير. إن من بعض تلك المشاكل التي قد يتعرض لها الطفل حين تواجه أسرته ظروف قهرية واختيارية تدفعه للعمل بالورش وهو في سن صغير هي موضوع مشكلة البحث.

٢ـ مشكلة البحث:

بينما نجح الإنسان في تحقيق تقدم في العلوم فاق كل ما أحرزه في الماضي خلال العقود القليلة السالفة، يواجُه اليوم مشاكل ذوات أبعاد لم يسمع بها من قبل، ومن ثم تؤثر تلك المشاكل المتصاعدة على الأطفال أكثر من غيرهم، لأنهم يشكلون أغلبية سكان العالم، ولأنهم سيشكلون مجمل عدد السكان في القرن الحالي الذي يقدر أن يتراوح بين ثمانية ملايين وأربعة عشر مليون نسمة، ولعل من أهم هذه المشاكل مشكلة عمالة الأطفال والتي انتشرت بشكل بارز ولم يعد ممكناً إيجاد حل لها، فأبعادها كثيرة وخطوطها متشابكة. فهناك أسر لا تسمح لطفلها بالعمل مهما كانت هي تعاني، وأسر ليست في حاجة لعمل طفلها، وكذلك هناك أسر لا تهتم بطفلها وتتركه يعمل، وهناك أسر تهتم بطفلها وتتركه يعمل أيضاً.

والرأي لدى الباحث أن الأسرتين الأخيرتين نوعان: النوع الأول: نوع تضطره الظروف القهرية لعمل الطفل، فالوالد قد يمرض لفترات طويلة، أو قد يموت أحد الوالدين مما يتولد عن ذلك مشاكل انفعالية ومالية للطفل، يشعر أن هناك شيئاً ما انكسر والأسرة سارت مهددة، كما يشعر أن جزءاً من ذاته قد فقد، هذه الأسر تدفع طفلها للعمل لكنها تتابعه، تهتم به، تنتظر عودته لتربت على كتفه، تسأل عنه إن غاب، تقلق إن طالت غيبته، إنها أسر تتألم لكنها لا تملك حيلة إزاء ذلك. والنوع الثاني: نوع تضطره الظروف الاختيارية، فالأب يطلق الأم وقد كان قادراً ألا يفعل، والأم تهجر المنزل تاركة وراءها أطفالاً صغاراً لا تعبأ بهم وقد كانت قادرة ألا تفعل، أو أن يسود هذا النوع التفكك العائلي المستمر والشجار الدائم، والطفل يقف يتفرج ويختزن، وهو يتألم ولا يتكلم، هذا النوع الثاني هو مشكلة البحث، مشكلة الطفل العامل ذي الظروف الأسرية القهرية له،

الاختيارية بأسرته، إنهم أصحاب التفكك الأسري، والطلاق، الموزعون بين زوجة الأب أو زوج الأم، المنفصلون وآباؤهم على قيد الحياة، المتنقلون بين البيوت، وقد كان لبعضهم بيت. إنهم يفتقدون التفاعل مع آبائهم وما لهذا من آثار نفسية سيئة عليهم، ولنتأمل معاً بعض الأسر التي سمحت لأطفالها (بالإقامة بالأقسام الداخلية الملحقة ببعض المدارس الخاصة) مما أدي إلي حرمانهم من الرعاية الأسرية المباشرة والمستمرة، هؤلاء الأطفال آبائهم على قيد الحياة، هذا الانفصال جعلهم أكثر سلبية وانفعالية، وأقل في وضع ضوابط لأنفسهم تساعدهم على النجاح في حياتهم.

كما وجد أن الطفل الذي ينحدر من أسرة فقيرة، وتتزوج أمه يعيش عيشة رديئة والطلاق يقلل من توافق الأبناء، وتكثر صراعاتهم، ويكونون عصبيين وينعدم ثباتهم النفسي والأسرة التي لا تتيح لأطفالها بيئة انفعالية مواتية تدفع بهم نحو النمو السليم، مثل هذه الأسر تسئ لأطفالها، ولا تساعد على توجيه وتثبيت نموه المعرفي ونضجه النفسي والاجتماعي.

إن مشكلة أطفال البحث الحالي أنهم يتميزون بأنهم يقعون في فئتين، وكلاهما صعب على أنفسهم، الفئة الأولى: أنهم من أصحاب الظروف الأسرية الصعبة، التي يفتقد فيها بعضهم حنان الأم، والتي ثبت أن وجودها دائماً بجوار طفلها يكون بمثابة إشباع لحاجات الطفل النفسية والجسمية ويبتعد به عن القلق هذا الوجود أمر جوهري يؤدي إلي تفاعل جديد بينهما وينعكس أثره على الطفل، وإذا كان هذا هو الأمر بالنسبة للأم، فالأب أيضاً حين يقيم علاقات مع طفله فإن هذا يؤدي به إلي الثبات الانفعاليّ والتوافق. إن الأسر التي لا تهتم بطفلها وتتركه ليعمل، الأسر ذوات التصدع العائلي هي الأسر التي يطلق عليها أسم "الأسرة المولودة للمرض" إنها الأسر التي تجرد أطفالها من صفاتهم الإنسانية وتعاملهم كأنهم أدوات أو أشياء.

إن البحث الحالي يتناول أسرتين بالبحث والدراسة: الأولي: ظروفها صعبة لكنها ليست مفروضة عليها، أسرة لم تحافظ على أولادها فتركتهم يعملون وهم صغار، قضت على مستقبلهم العلمي نتيجة الوضع الأسري المتردي مع تزلزل البناء العائلي بانشقاق الدائم بين الأبوين، أو تصدع وانهيار التماسك الزواجي بينهما، مما يضطر الطفل إلي المعيشة مع أحدهما مع افتقاره لعطف الآخر ومحبته له ، والثانية: لا تعاني ظروف الأولي، الطفل يعيش في كنفها، لا يزال يلقي العناية والاهتمام، لم يسبق لأحدهم أن عمل من قبل، لا يزالون يتعلمون، هاتان الأسرتان يتساءل البحث بشأنهما عما إذا كانت هناك علاقة بين ظروفها - التي تدفع أحدهما إلي عمل أطفالها والأخري التي تبقي عليهم - وبعض الاضطرابات النفسية التي تصيب أطفالهما. وهل الظروف التي تجعل الطفل مضطراً للعمل وهو صغير، تلك الظروف قد تأتي بنتائج عكسية فتجعله معتمداً على نفسه مثبتاً لذاته. هذا ما يأمل البحث التحقق منه والكشف عنه.

٣- أهداف البحث:

الأطفال هم مرآة المجتمع، ففيهم يستطيع المجتمع، أي مجتمع، أن يري كيف يمكن أن تكون عليه صورة مستقبله وهم الذين سيرثون القرن القادم، هم جزء من الحاضر لكنهم كل المستقبل، هم ثورة الأمة والمستقبل المشرق لهذا العالم. فبقدر ما هم عليه من إعداد واستعداد يكون المستقبل، لذا فإن للأطفال علينا حقوقاً منها حق الغذاء والعناية بنظافته، وحق اللعب، وحق الأمان والأمن النفسي، وحق التقدير، وحق أن نتيح له أن يكون طفلاً أن نسمح له أن تكون له علاقات أسرية تتسم بالمودة وتجعله آمناً، كذلك فإن من حق الأطفال علينا أن ننظر إلي طفولتهم باعتبارها مرحلة بلوغ تالية، وإذا كان من حق الأطفال ألا نهمل رعايتهم، فإن من حقهم أيضاً الحب والدعم والمساندة والرعاية طويلة الأمد.

إن هدف هذا البحث الحالي هو الكشف عما إذا لم تتوافر للطفل الظروف الأسرية الجيدة، تلك الظروف التي دفعته للعمل في سن مبكرة دون أن ينعم باللعب والمرح مثل باقي أقرانه ممن هم في سنه، فهل ذلك يؤثر عليه ويضعف الأنا لديه وينحو نحو العصاب، والذي هو التفاعل بين العصابية، وهي الاستعداد للعصاب، وبين المواقف العصابية الضاغطة، وهي المناخ المناسب لنمو المرض. كما يؤثر على تقدير الشخصية لديه فيتجه نحو العدوان الاعتمادية ويكون سلبياً وغير مستقر. كذلك يهدف البحث إلي التعرف إلي أي مدى تضطرب نفسية الطفل العامل، وما الفرق بينه وبين قرينه غير العامل الأمن الذي يعيش في كنف أهله، ينعم بالهدوء والسعادة. كذلك يسعي البحث إلي الكشف عما قد يسود بينهما من اضطرابات نفسية مشتركة باعتبار أن المجتمع الحالي بخصائصه وصفاته يؤثر بشكل مباشر على كل الأطفال، مع الأخذ في الاعتبار الظروف والخصائص التي تخص كل طفل، وأخيراً فالبحث يهدف إلي التعرف عما إذا كان الطفل العامل كبير السن تختلف خصائصه عن صغير السن، بحكم أنه قد تمرس على العمل وصار أكثر تقبلاً لحياته ورضي بالواقع الذي هو عليه.

٤ـ أهمية البحث:

إن نسبة الأطفال العاملين تنتشر بشكل رهيب في كل أنحاء العالم، بشكل صعب، بل من المستحيل الحد منها تماماً، لأنها تتفاقم يوماً بعد يوم، ففي أفريقيا ١٢٠ مليون طفل عامل يعملون يوماً كاملاً، يتراوح عمرهم بين ٥: ١٤ سنة. هذا الرقم يصل إلي ٢٥٠ مليون طفل عامل إذا أضفنا إليهم من يعملون نصف الوقت. وهذه البيانات تم الحصول عليها من تقرير عن العمال الأفريقية الذي عقد في كمبالا في الفترة من ٥: ٧ فبراير عام ١٩٩٨.

وحسب التقرير الأسيوي في الفترة من ١١: ١٣ أغسطس عام ١٩٩٧، وصل عدد الأطفال العاملين إلى ثلثي أطفال العالم ممن يعملون. أيضاً وفقاً لتقرير أمريكا اللاتينية الذي عقد في ٧ مايو عام ١٩٩٧، وصل عدد الأطفال

العاملين من ٢٠%: ٢٥% من مجموع الأطفال، وهم يعملون في سن من ٦: ١٤ سنة. وقد ذكر التقرير أنهم يعملون في ظروف خطرة وغير آمنة وغير صحية، ويعانون من عدم الثبات الانفعالي، ويصل معدل ساعات عملهم لأكثر من المسموح به، ووفقاً للتقرير النهائي للمؤتمر الدولي عن الطفل العامل "بأسلو" والذي عقد في الفترة من ٢٧: ٣٠ مارس عام ١٩٩٧، نادت الدول بالربط بين الظروف الأسرية الاجتماعية والاقتصادية للطفل العامل، وأن على الدول أن تضع هذا في حسبانها، فعليها أن توفر الرعاية الطبية والتعليم للأطفال العاملين، وأن توفر لهم أفضل أنواع الرعاية والحماية، وأن تمنع استغلالهم، وأن تسن القوانين للمطالبة بحقوقهم المهدورة، خصوصاً وأنهم يُستخدمون حسبما ورد في التقرير الذي بحث عن أسوأ الأشكال والصور التي يتعرض لها الطفل العامل – في أبشع صوره – فهم يُستخدمون ويستغلون في أعمال الدعارة والزنا وفعل الفواحش، والبنات تستخدم لأغراض غير شريفة، كما أنهم يُستخدمون كجنود حرب، وكعبيد.

لقد أجمعت معظم الدراسات على أنهم ينحدرون من أسر ذوات دخول ضعيفة، فقراء، بل إن بعضهم معدم، كما أجمعت كل الدراسات على اغتيال طفولتهم، وأن كل ما يوكل إليهم من عمل لا يتناسب وقدراتهم، وإن أعُطوا فلا يأخذون حقهم كما ينبغي. وأخيراً تجدر الإشارة إلى أن من العوامل المنتجة في إحداث ظاهرة عمالة الأطفال. الفشل في التعليم، تعلم صنعة لمساعدة الأهل، الإنفاق الشخصي.

من خلال العرض السابق، تطفو أهمية البحث على السطح فهي تعد من الدراسات السيكولوجية القليلة التي تناولت بالبحث والدراسة الطفل العامل، كذلك فقد تميزت الدراسة الحالية بأنها دراسة تتناول عينتين من الأطفال العاملين، عينة الأطفال العاملين الصغار، وعينة الأطفال العاملين كبار السن والأخيرة لم تتناولها دراسة سابقة من قبل، إذ أن جميع البحوث تعاملت مع

عينات صغيرة السن كذلك، فإن الدراسات قد تعاملت مع عينات عاملة لم تكن لها نفس الخصائص التي تتسم بها خصائص عينة البحث الحالي.

وحسب حدود علم الباحث، فإن البحث الحالي يعد أول بحث يتناول متغيرات قوة الأنا وتقدير الشخصية والتوافق النفسي معاً في دراسة واحدة وعلى ذات عينات البحث، كما أن أهمية تلك الدراسة تكمن في أنها أول دراسة عرضت للدراسات والبحوث الطبية التي أجريت على الأطفال العاملين عبر مَحافظات مصر، وذلك من خلال الدراسات السابقة.

إن الباحث من خلال عملية التطبيق التي أتمها على عينات البحث رأي بعينيه كم يعاني هؤلاء الأطفال، لقد ضرب بعضهم أمامه، شُتم، قُذف بالآلات الحادة، ولعل البحث يساعد في الكشف عن اضطراباتهم لنضع أيدينا عليها ونحاول مساعدتهم خصوصاً وأنه لم يكشف عنها من قبل في دراسة سابقة.

وثمة أهمية أخري للبحث هو أنه يسعي لدراسة الفروق بين عينات البحث في متغيرات البحث التسعة، وأيضاً فهناك أهمية أخري للدراسة في أنها سوف توفر لنا قدراً من المعلومات عن الاضطرابات التي يعاني منها الطفل العامل، وأخيراً تأتي أهمية أن نتعرف إلي توافق الطفل العامل الكبير، هل هو توافق يماثل توافق الطفل الذي يعيش مع والديه ولا يعمل، باعتباره أكبر سناً وأكثر خبرة وتمرس كثيراً في معترك الحياة. ولعل البحث في النهاية يزيح الستار عن سؤال يأمل الإجابة عليه من خلال البحث وهو: هل لعمالة الطفل الصغير أو الكبير إيجابية؟ وإن كان فما نوعهما؟

٥ـ مفاهيم البحث:

أولاً: العدوان والعداء: Hostility/ Aggression

يقصد بالعداء شعور داخلي بالغضب والاستياء والعداوة، هذا الشعور يكون موجها نحو الذات، أو الآخرين، أو الأشياء والمواقف. ويظهر العدوان

بشكل لفظي على هيئة نقار، أو شجار، أو تهكم لاذع، أو استهزاء بشخص ما وجعله مادة للسخرية، كما يظهر في شكل عدوان بدني على هيئة الضرب والركل واللكم ... الخ كذلك يتخذ صورة التدمير وإتلاف الأشياء عن قصد أو الإطاحة بها.

ثانياً: الاعتمادية: Dependency

هي الاعتماد النفسي لشخص علىً أفراد أو آخرين ليجد التشجيع أو الطمأنينة أو العطف أو الإرشاد أو القرار وتظهر الاعتمادية في سعر الفرد المتكرر للحصول على عطف وحنان وتأثير واستحسان وتشجيع وإرشاد الآخرين، وبصفة خاصة الأصدقاء أو المدرسين أو أفراد الأسرة.

ثالثاً: تقييم الذات: Self – Evaluation

يتعلق هذا المقياس الفرعي بالمشاعر والاتجاهات والإدراكات المتعلقة بالذات امتداداً على متصل طرفه الإيجابي المشاعر والإدراكات والاتجاهات الإيجابية نحو الذات وطرفه السلبي تلك المشاعر والإدراكات والاتجاهات السلبية نحوها، وتقيم الذات يقع في بعدين فرعيين مرتبطين هما:

أ. تقدير الذات: Self – Esteem

وهو تقييم الطفل لذاته بشكل عام فيما يتعلق بمدى أهميتها، ويشير التقدير الإيجابي للذات إلي قبول الفرد لذاته وإعجابه بها على ما هي عليه وإدراكه لذاته على أنه شخص ذو قيمة وجدير باحترام الآخرين.

ب. الكفاية الشخصية: Self – Adequacy

وهي مدي تقييم الطفل لكفاءته وكفايته للقيام بالمهام العادية ومدى قدرته على معالجة المشكلات اليومية والوفاء بحاجاته بشكل يرضى عنه. وعدم الكفاية يشير إلي شعور الفرد بالعجز والضآلة، ويشير إلي إدراك الفرد على أنه فاشل غير قادر على التنافس بنجاح.

رابعاً: التجاوب الانفعالي: Emotional responsiveness

يقصد به قدرة الطفل على التعبير بحرية وتلقائية عن مشاعره وانفعالاته تجاه الآخرين وخاصة المشاعر الإيجابية مثل الدفء والمحبة، وعدم التجاوب يشير إلي صعوبة قبول المودة والحب من الآخرين، وصعوبة عطائهم، كما يشير إلي نقص التلقائية في التعبير عن المودة والحب.

خامساً: الثبات الانفعالي: Emotional Stability

يقصد به مدي استقرار حالة الطفل المزاجية وقدرته على مواجهة الفشل أو المشكلات أو مصادر التوتر الأخرى بأقل قدر من الانزعاج والإحباط. والثابت انفعالياً هو من لا يغضب ولا يستثار بسهولة وغير الثابت انفعالياً هو من يعتري حالته المزاجية تأرجح لا يمكن التنبؤ به أو تحديده، فهو ينتقل بسرعة من مشاعر البهجة والسرور إلي مشاعر الغضب أو عدم الرضا.

سادساً: النظرة للحياة: World View

يقصد بها نظرة الطفل للعالم من حوله، إما على أنه مكان طيب آمن، غير مهدد أو منذر، أو كمكان ملئ بالأخطار والتهديد وعدم اليقين.

سابعاً: قوة الأنا: Ego strength

قوة الأنا هي الركيزة الأساسية في الصحة النفسية Mental Hygiene، ويستخدم أحياناً مصطلح "قوة الأنا" كبديل أو مرادف لمصطلح الثبات الانفعالي وقوة الأنا تشير إلي التوافق مع الذات ومع المجتمع علاوة على الخلو من الأعراض العصابية، والإحساس الإيجابي بالكفاية والرضا، وقوة الأنا هي القطب المقابل للعصابية Neuroticism حيث يري كثير من العلماء أن هناك متصلاً يقع في أحد أطرافه قوة الأنا في حين يقع في الطرف المقابل العصابية. وهنا نشير إلي أن العصابية لا تعني المرض النفسي، ولكن تعني الاستعداد للمرض النفسي.

ثامناً: التوافق العام: General Adjustment

هو حالة من الرضا والانسجام بين الفرد ونفسه ومجتمعه وكل ما يحيط به من كائنات، فهو يعني قدرة الفرد على أن يعيش في سلام تام مع نفسه أولاً، ثم مع كل ما يحيط به من كائنات بشرية أو غير بشرية، هذا ويتضمن التوافق توافقاً في مجالات عدة منها التوافق الدراسي، والمهني، والترويحي، والأسري، والديني، والاجتماعي، والخلقي، والجنسيُ. كما يتضمن التوافق أيضاً قدرة الفرد على أن يسلك دائماً السلوك السوي إزاء تحقيق مطالبه ومطالب بيئته، وقدرته على أن يغير هذا السلوك إذا ما واجه موقفاً جديداً، أو مشكلة اجتماعية أو خلقية أو نفسية.

تاسعاً: الأسرة: Family:

الأسرة في وضعها الأساسي عبارة عن وحدة إنتاجية، بيولوجية، تقوم على زواج شخصين؛ ويترتب على ذلك الزواج – عادة – نتاج من الأطفال. وهنا تتحول الأسرة إلي وحدة اجتماعية، تحدث فيها استجابات الطفل الأولي نتيجة التفاعلات التي تنشأ بينه وبين والديه وأخوته. إن علاقة الطفل بوالديه وأخواته تنشأ عادة في محيط الأسرة، وهذا ما يدعونا إلي القول بأن للأسرة وظيفة اجتماعية هامة، إذ هي العامل الأول في صبغ سلوك الطفل صبغة اجتماعية. وتتكون الأسرة في حدودها الضيقة من الزوج والزوجة وطفل أو أكثر ويكون أساس العلاقة التي تربط أفراد الأسرة، قائماً على الصراحة والود بشكل يتيح الفرصة أمام كل فرد من أفرادها أن يعبر عما يريده بحرية. وهذا هو الذي يفرق بين الأسرة كوحدة اجتماعية وبين أي وحدة اجتماعية أخري. إن الأسرة كمجتمع صغير عبارة عن وحدة حية، ديناميكية، لها وظيفة تهدف نحو نمو الطفل نمواً اجتماعياً. ويتحقق هذا الهدف بصفة مبدئية عن طريق التفاعل العائلي الذي يحدث داخل الأسرة والذي يلعب دوراً هاماً في تكوين شخصية الطفل وتوجيه سلوكه.

عاشراً: عمالة الطفل:

إن هذا المفهوم ليس واضحاً صريحاً كما قد يبدو لذا تبدو أهمية توضيح "من هو الطفل؟" "وما هو العمل؟" إن الطفولة قد تعرف بالإشارة إلي السن الزمني، ولكن قد تحدد المجتمعات المختلفة عتبات مختلفة تميز بها مرحلتي الطفولة والبلوغ، ففي بعض المجتمعات لا تعتبر السن أساساً كافياً لتعريف الطفولة، بل قد يمثل أداء بعض الطقوس الاجتماعية والمسئوليات التقليدية متطلبات ضرورية لتعريف وضع الإنسان "كبالغ" أو "كطفل". وفي مجتمعات أخري قد يبدأ دخول الطفل في الحياة الاقتصادية والاجتماعية مبكراً، وقد يحدث تحوله من الطفولة إلي النضوج بشكل ميسر وتدريجي بحيث يصبح من الصعب معه تحديد المراحل المختلفة للحياة بشكل واضح، ومن هنا لابد أن نعترف بأننا نتعامل مع مفهوم قد يعني أشياء مختلفة في مجتمعات مختلفة، وفي مراحل زمنية مختلفة.

ويعرف "الطفل" أيضاً بأنه إنسان يحتاج إلي حماية من أجل نموه البدني والنفسي والفكري، حتي يصبح بمقدوره الانضمام إلي عالم البالغين. إن وضع الطفل هو وضع فرد في حاجة إلي مساعدة، أي في حاجة إلي رعاية، تقدمها الأسرة من جهة، وتقدمها من جهة أخري مؤسسات تعليمية واجتماعية، وهذا في ظل تشريعات وقوانين متعارف عليها. وقد نص الدستور المصري في مادته العاشرة على أن تكفل الدولة الحماية للأمومة والطفولة، وترعي النشء والشباب، وتوفر لهم الظروف المناسبة لتنمية ملكاتهم.

ومفهوم "العمالة" قد يكون مفهوماً خلافياً أيضاً، وخاصة بالنسبة للأطفال، إن الأطفال يساعدون أسرهم في المنزل منذ نعومة أظفارهم، كما يساعدون في الحقول، وفي الأنشطة التجارية الصغيرة، إلا أن مساعدة الطفل لأسرته، إن ظلت في إطارها المحدود كمساعدة يقدمها الطفل في وقت الفراغ، دون أن تضطره إلي التخلي عن التعليم، لا تدخل في إطار ما نعنيه بعمالة

الطفل. ومن هنا نعرف عمالة الطفل بأنها: أي نشاط يقوم به الطفل ويعد مساهمة في الإنتاج، أو يتيح للبالغين أوقات فراغ، أو يسهل عمل الآخرين، أو يحل محل عمل الآخرين.

٦ـ الدراسات السابقة:

المتتبع للدراسات التي تناولت دراسة الخصائص النفسية للطفل العامل، أو دراسة الاضطرابات النفسية لديه ودور الأسرة فيها، يجد ندرة ملحوظة في هذه الدراسات برغم أهمية التعرف إلي السمات والخصائص والاضطرابات النفسية والسلوكية للطفل العامل. كذلك يستطيع المتتبع للدراسات والبحوث التي تناولت دراسة ظاهرة عمالة الأطفال سواء في مصر أو خارجها، أن يتبين بعض الإسهامات العلمية القيمة، سواء أكانت هذه الإسهامات نظرية أم ميدانية، تلك الإسهامات التي أنجزتها بعض المراكز البحثية أو بعض الأفراد المهتمين بالطفولة بوجه عام وبالطفل العامل بوجه خاص. لقد تناولت معظم الأبحاث كل ما يتعلق بالطفل العامل من حيث ظروفه وأوضاعه في العمل، وظروف أسرته، واحتياجات الطفولة العاملة، والأبعاد الاقتصادية والاجتماعية وغيرها للطفل العامل.

ورغم هذا الجهد الوفير فقد أغفلت الدراسات والبحوث السابقة عن تناول الاضطرابات النفسية للطفل العامل – وما أكثرها – ودور الأسرة فيها. هذا النقص الشديد دفع الباحث إلي إجراء استقصاء علمي من خلال موسوعة البحوث العلمية المصرية والعربية والدولية في الجامعات والمعاهد العلمية، كذلك عبر شبكات البحث العلمي الأخري، بغرض التعرف إلي الدراسات التي تناولت دراسة الخصائص النفسية للطفل العامل أو الدراسات التي تناولت تأثير دور الأسرة في إحداث الاضطرابات النفسية لدي الطفل العامل، وبصفة خاصة تلك الاضطرابات النفسية التي يدرسها البحث الحالي.

ولم يسفر التقصي إلا عن عدد قليل جداً من البحوث التي أكدت على تأثير الأسرة في اتجاه الطفل للعمل، وأنها وراء بعض المتغيرات النفسية التي تحدث له. كذلك لم يقنع الباحث بما حصل عليه من بيانات فقام بعمل استقصاء آخر قصد معه التعرف إلي تناول تلك الظاهرة من خلال الدراسات الطبية التي قد تكون قد أجريت على أطفال مصر في جميع محافظاتها، وهي أول محاولة ـ في حدود علم الباحث ـ تتم في هذا الصدد.

وسوف نحاول فيما يلي أن نلقي الضوء بشكل عام حول الظاهرة من خلال الدراسات والبحوث السابقة، والتي يمكن تصنيفها على النحو التالي:

أ- الدراسات ذات الصبغة القومية.

ب- الدراسات ذات الصبغة الفردية أو الطابع الشخصي (مصر).

ج- الدراسات ذات الصبغة الدولية.

د- الدراسات ذات الصبغة الطبية (مصر).

أولاً: الدراسات ذات الصبغة القومية:

ففي إطار اهتمام المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة بالطفولة ومشكلاتها بوجه عام، وبظاهرة عمالة الأطفال بوجه خاص، توالت إصداراته البحثية (بالتعاون أحياناً مع منظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسيف) نذكر منها ما يلي:

١- تقرير عن أعمال اللجنة الوزارية لدراسة ظاهرة عمالة الأطفال بجمهورية مصر العربية بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة (اليونيسف) عام ١٩٨٩، وقد اشترك في إعداد هذا التقرير بالإضافة إلي المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية وكلاً من وزارة الشئون الاجتماعية، ووزارة القوي العاملة، والمجلس الأعلى للشباب والرياضة والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ووزارة الصناعة، ومديروا منظمة العمل الدولية، والجهاز المركزي للتنظيم والإدارة.

٢- ظاهرة عمالة الأطفال (بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للأطفال) عام ١٩٩١. وقد شارك في هذه الدراسة كل من: عادل عازر، وناهد رمزي، وعزة كريم، وعلا مصطفي.
٣- مؤتمر الطفل وآفاق القرن الحادي والعشرون عام ١٩٩٣.
٤- عمل الأطفال في المنشأة الصناعية الصغيرة عام ١٩٩٦.

وسوف نتخير مما سبق بعض ما يخدم الموضوع الحالي:

أولاً: الدراسات ذات الصبغة القومية:

أ- الدراسات الأولي: تقرير اللجنة الوزارية (١٩٩٨):

أفصحت الاحصائيات والبيانات والدراسات التي قدمت للجنة دراسة ظاهرة عمالة الأطفال، عن أن تشغيل الأطفال يتم عن ظاهرة واقعية وملموسة، تمثل حجماً يدعو لاهتمام واضعي السياسة بدراستها، وبرسم سياسة ملائمة لمواجهتها. كما تبين وجود اتفاق شبه تام بين نتائج الدراسات العلمية في مجال ظاهرة "عمالة الطفل" عن أن من الأسباب البارزة لوجود تلك الظاهرة ما يرجع إلي الظروف الأسرية الصعبة، وإلي حاجة الأسرة لعمل الأطفال لزيادة دخلها.

ب- الدراسة الثانية: ظاهرة عمالة الأطفال بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للأطفال "اليونيسف" (١٩٨٨):

التقي المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية مع منظمة الأمم المتحدة (اليونيسف) في اهتمامها بما لوحظ من تزايد ظاهرة عمالة الأطفال وعلى وجه الخصوص في فترة السبعينيات والثمانينات. وقد واكب هذا الاهتمام السياسة التي أقرها المجلس التنفيذي لمنظمة الأمم المتحدة في عام ١٩٨٦ وتضمنت ضرورة إعطاء أولوية خاصة لبرامج الأطفال في ظروف صعبة والتي تشمل البرامج الخاصة ببحث مشكلات الأطفال العاملين والتصدي لها. والدراسة تتعرض لقضية عمالة الصغار تحت السن القانونية في أعمال لا

يسمح القانون بمزاولتها. تلك القضية قضية مركبة تتضمن أبعاداً متشابكة كالبعد القانوني والاجتماعي والنفسي والتربوي والصحي، ونظراً لخطورة آثارها على النشء الذي يندرج في حقل العمل منذ مرحلة عمرية مبكرة.

لقد تصدي المركز القومي لظاهرة عمالة الأطفال، وخاصة أنها على الرغم من أهميتها لم تحظ بدراسات كافية لا على المستوي الدولي الذي تأخذ فيه عمالة الصغار شكلاً آخر، كالاستغلال الإعلامي أو الجنسي، ولا على مستوي دول العالم النامي التي تنتشر فيها ظاهرة عمالة الأطفال نظراً لمشكلات اجتماعية واقتصادية ضاربة جذورها في أعماق المجتمعات التي تستخدمها، ولا في مصر التي لم تحظ فيها تلك المشكلة بالدراسة الإمبريقية الجادة، اللهم إلا إرهاصات قليلة خلت من دراسة المشكلة من شتي جوانبها، وبعينات محدودة في صناعات ضئيلة، ولم تخرج بتصور شامل لحل المشكلة أو علاجها أو حتي التقليل من حجمها أو من آثارها الضارة، ليس فقط على النشء الذي يتعرض بشكل مباشر للاستغلال، ولكن على المجتمع الذي يعد فيه هذا النشء بمثابة البنية الأساسية والدعامات الضرورية لبنائه بناءً سليماً. وقد استطاعت الدراسة إنجاز الإطار الميداني بالاعتماد على أدوات بحث أعدت إعداداً دقيقاً كالاستبيان واختبارات التوافق الشخصي والاجتماعي والعام.

ولعل المساهمة الحقيقية للدراسة، تتمثل فيما أسفرت عنه من نتائج حول (١) العوامل المسببة لعمالة الصغار والتي تمثلت في أن وراء الظاهرة فشلاً في التعليم، وتعلم صنعة، مساعدة الأهل في المصروفات، الإنفاق على الذات، (٢) الظروف الأسرية واحتياجات الطفل والتي وجد أنها ترجع إلي أن نسبة الإنجاب بين أسر الأطفال العاملين تكون مرتفعة، كما أن هؤلاء الأطفال العاملين ينتمون لأسر مستواها التعليمي منخفض، فأكثر من نصف الآباء من عينة الدراسة بنسة (٥٨,٥) أميون ولم يلتحقوا بالتعليم، أما بالنسبة لعمل الآباء وجد أن أعلى النسب كانت بين العمال اليدويين (٣٣,٧%)، ثم عمال الخدمات (٢٤,٧%)، والباعة (١٣,٩%).

وبالنسبة للظروف الاقتصادية والاجتماعية وجد أنهم لا يعانون بوجه عام من التصدع الأسري، وأن علاقة الطفل بالوالدين تتسم بالاحترام، وبالحب بالنسبة للأخوة، وأن علاقة الطفل بأفراد الأسرة تتسم بالترابط. أما المشكلات الأسرية فمن أهمها: المشكلات الاقتصادية، ومشكلات شقاوة الأبناء، ومشكلات العمل. وبالنسبة لأهم الاحتياجات الأساسية للطفل فقد كشفت الدراسة عن أنها تتمثل في مصروف جيب للطفل، والغذاء، والملبس، والعلاج، والمواصلات، والمكيفات، ووقت الفراغ.

ونختتم هذا العرض بما قامت به الدراسة من حيث دراسة الأبعاد النفسية والصحية لظاهرة عمالة الأطفال، فبالنسبة للبعد النفسي كان هدف الدراسة التعرف إلي المردود النفسي على الأطفال نتيجة توجههم للعمل وهم في سن صغيرة. ولتحقيق هذا تم اختيار عينتين الأولي تجريبية وهي عينة الأطفال العاملين والثانية عينة ضابطة وهي عينة الأطفال غير العاملين، وقد تراوح المدي العمري للعينتين من ٩ ـ ١٢ سنة، وقد كان قوام العينة التجريبية ١٨٤ طفلاً، أما العينة الضابطة فقد كان قوامها ١٢٢ طفلاً.

أما عن الأدوات التي استخدمت في هذه الدراسة، فقد تمثلت في اختبار الذكاء المصور، اختبار المفردات، مقاييس التوافق الشخصي والاجتماعي والعام، وتلك المقاييس الثلاثة الأخيرة أعدها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. أما عن نتائج الدراسة فقد تمثلت فيما يلي: وجدت فروق دالة عند مستوي (٠,٠٠١) في متغير التوافق الاجتماعي لصالح الأطفال غير العاملين، كذلك وجدت فروق أيضاً عند مستوي (٠,٠٠١) في متغيرات المفردات والذكاء المصور وذلك لصالح عينة الأطفال غير العاملين، وكذلك وجدت فروق دالة عند مستوي (٠,٠١) في متغير التوافق العام لصالح الأطفال غير العاملين أيضاً، في حين لم توجد فروق دالة بينهما في متغير التوافق الشخصي، كذلك توصلت الدراسة من خلال المعالجة التي قامت بها للبيانات النفسية والاجتماعية التي استيقت من الاختبارات والمقاييس النفسية وكذلك الاستبيان

المستخدم في تلك الدراسة، إلي أن نوع العمل يرتبط بمتغير الدراسة، كذلك فإن المخاطر التي يتعرض لها الأطفال العاملون ترتبط أيضاً بنوعية العمل، كذلك وجد ارتباط دال بين نوع العمل والتعرض للإصابة، كما تبين أيضاً أن مخاطر العمل ترتبط بالتوافق الشخصي والاجتماعي بما يعني أن عمل الأطفال في مهن ذات طبيعة خطرة عليهم إنما يؤثر على توافقهم الشخصي والاجتماعي، كما أبرزت النتائج ارتباط سن الطفل العامل بكل من الذكاء والتوافق الشخصي والاجتماعي، بمعني أن الطفل كلما عمل في سن مبكرة انخفضت نسبة ذكائه، أيضاً فالعمل في سن مبكرة يعوق التوافق الشخصي والاجتماعي، وأخيراً الارتباط الدال بين العلاقة بصاحب العمل ومجالات التوافق الشخصي والاجتماعي والذكاء، فكلما كانت هناك علاقة حميمة بين صاحب العمل انعكس ذلك على ذكاء الطفل وعلى التوافق الشخصي والاجتماعي.

وبالنسبة للبعد الصحي فقد اختير لهذا الغرض خمس عينات موزعة على النحو التالي: (٥١) طفلاً يعملون في الأعمال الميكانيكية، (٣٠) طفلاً يعملون بورش النسيج، (٩) أطفال يعملون بالكيماويات، (٢٠) طفلاً بصناعات متفرقة، وقد أسفرت النتائج عن أنهم يعانون من حالات الإسهال المزمن، وتعنية مزمنة، والإصابة بالبلهارسيا، والالتهاب الكبدي اوبائي، وآثار نزلة شعبية حادة، ودم بالبول، لغط بالقلب. هذا ولم تكن هناك فروق دالة بينهما في الأطوال والأوزان، وسرعة خروج الهواء، بينما كانت هناك فروق دالة بينهما في السعة الهوائية حيث كانت لصالح الأطفال العاملين وقد فسر ذلك بأنهم يعملون بالصناعة وبالتالي تقل نسبة متوسط السعة للرئتين، كذلك أشارت النتائج إلي خطورة عمل الأطفال في صناعتي النسيج والزجاج على وجه الخصوص. وأخيراً فقد بينت الدراسة أن إجراءات الأمن الصناعي غير متوفرة في الورش الصناعية التي يعمل بها الأطفال.

جـ- الدراسة الثالثة: مؤتمر الطفل " أفاق القرن الحادي والعشرين":

تناولت أعمال هذا المؤتمر خمس عشرة ورقة بحث، شارك فيهما خبراء المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بأحد عشر ورقة بحث، بغرض لأهمها فيما يلي:

١- دراسة نادية حليم (١٩٩٣) الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للطفل المصري، والتي أكدت فيها على أن صحة الطفل الجسدية والعقلية والنفسية ترتبط إلي حد كبير بالمستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، ومدي صلاحيتها للقيام بعملية التنشئة، كما أكدت في درستها المسحية تلك أن الاحتياجات الاقتصادية لأسر الأطفال العاملين التي تدفعم للعمل في ظروف غير صالحة لنموهم البدني.

٢- دراسة إلهام عفيفي (١٩٩٣): التي تؤكد على أن الأسر الريفية تعد من أكثر الأسر دفعاً لعمل الطفل والسبب انخفاض دخل الأسر الريفية.

٣- دراسة هدي الشناوي (١٩٩٣): عن الفقر ووأد الطفولة والتي أكدت على أن الفقر المادي للأسرة يكون وراء عمالة الأطفال.

٤- دراسة عبلا مصطفي (١٩٩٣): وهي بعنوان: الأطفال العاملون: الحاضر والمستقبل. والتي أشارت إلي أن عمالة الأطفال تشيع في الأسر ذات المستوي الاقتصادي المنخفض وأن الأطفال يعملون في بيئة عمل متدنية من عدة جوانب عديدة، فمن ناحية تعاني الورش من نقص التهوية والضوضاء والحرارة المرتفعة، وقلة النظافة، وتناثر المخلفات، ونقض المياه للاغتسال والشرب، كما وجدت أن الأطفال لم يتدربوا قبل الالتحاق بالعمل، وأنهم يتعرضون لإصابات العمل باستمرار، أو قد يتعرضون للسب والضرب من قبل الكبار عنهم. كما وجدت أن الأطفال العاملين ينتمون لأسر كبيرة الحجم.

د ـ الدراسة الرابعة: عمل الأطفال في المنشآت الصناعية الصغيرة (١٩٩١).

يستند هذا التقرير إلي مراجعة أكثر دقة لذات البيانات التي تضمنها البحث الميداني المعنون باسم (ظاهرة عمالة الأطفال) السابق ذكره، فقد وجد بعد نشر التقرير العديد من الأخطاء، لذا فقد أعيدت مراجعة كافة البيانات التي تضمنها التقرير، مع فحصه علمياً ومنهجياً وإحصائياً. وقد قام بكتابة التقرير "عمل الأطفال في المنشآت الصناعية" كلاً من علا مصطفي وعزة كريم. وبصفة خاصة خرجت دراسة عام (١٩٩٦) على نحو أفضل علمياً ومنهجياً وإحصائياً خصوصاً بعد مرور (٥) سنوات على كتابة التقرير الأول.

هـ ـ الدراسة الخامسة: تدريب ورعاية الأطفال العاملين في شبرا الخيمة: مسح اجتماعي (علا مصطفي، ١٩٩٤).

قام المركز القومي بإجراء هذا المسح استجابة لمبادرة من جانب منظمة العمل الدولية للقيام بمشروع في منطقة شبرا الخيمة من أجل رعاية وحماية الأطفال العاملين من (٦: ١٥) سنة.

و ـ سادساً: استغلال الأطفال من خلال العمل (علا مصطفي، ١٩٩٤).

وهو يمثل عرضاً لمؤتمر دولي عقد في باريس في الفترة من ٢٤ إلي ٢٦ نوفمبر ١٩٩٤، حيث عرضت فيه مشكلة عمالة الطفل في إطار النظام الاقتصادي، وظروف وحياة عمل الطفل، وأن للظاهرة أبعاداً أسرية، وسكانية، ومكانة العمل، ومكانة الطفل. غير أن المؤتمر لم يتضمن أية إشارة للأبعاد السيكولوجية لدي الطفل العامل مما يضفي للبحث الحالي قيمة وأهمية علمية.

ثانياً: الدراسات ذات الصبغة الفردية أو الطابع الشخصي:

١ـ دراسة السيد حنفي (١٩٨٧): وهي بعنوان "العمالة الجائلة: بحث في ضوء علم الاجتماع الحضري أجريت هذه الدراسة على عينات أكبر سناً من الأطفال حيث تراوح بين ٢٠: ٣٠ عاماً بنسبة ٨٢%، والباقي ١٨% فوق سن (٣٠) عاماً وقد خلص الباحث إلي أن العمال الجائلين غير راضين عن أنفسهم وعن حرفهم، فهم يشعرون بتدني المكانة الاجتماعية،

وأن أعمالهم ترتبط بهذا التدني، وأن ذكور وإناث عينة البحث ينحدرون من أسر مستواها متدني، وأصبح الأبناء يشكلون عبئاً اقتصادياً مما أدي إلي دفعهم إلي العمل.

٢- دراسة جمال مختار حمزة (١٩٩٧): وعنوانها: عمالة الأطفال: رؤية نفسية. تكونت عينة الدراسة من (٥٠) طفلاً من الذكور ممن تتراوح أعمارهم بين ٦ ـ ١٢ سنة، (٢١) طفلاً من العاملين في ورش صناعة النسيج والكيماويات والأفران وغير ذلك، (٢٩) طفلاً بمرحلة التعليم الأساسي كعينة ضابطة. وقد استخدم الباحث مقياس التوافق الشخصي والاجتماعي الذي أعده المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية والذي استخدم في بحث عمالة الأطفال السابق الإشارة إليها. وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين على مقياس التوافق الشخصي وقد فسر الباحث ذلك بأن المجموعة التجريبية (الأطفال العاملون) قد عوضت بظروف عملهم الإحساس بالرضا النسبي عما يقدمون للآخرين ورؤيتهم لأنفسهم بأنهم طاقة معطاة مادياً. أيضاً لم يتبين وجود فروق دالة بين المجموعتين في مقياس التوافق الاجتماعي، وأخيراً كانت هناك فروق دالة بينهما عند مستوي (٠,١) في مقياس التوافق العام لصالح الأطفال غير العاملين. وقد فسر الباحث ذلك بأن هذا يمثل توافقاً مع تقاليد وتشريعات الحياة باعتبار أن عمالة الطفل شرط غير مناسب، ولا يتفق مع حقوق الطفل اجتماعياً.

٣- دراسة عزة صيام (١٩٩٩): وهي بعنوان: "المخاطر الاجتماعية المصاحبة للالتحاق المبكر بسوق العمل"، تقع الدراسة في مبحثين، الأول: يتناول دراسة الطفل العامل من حيث طرح الموضوع وأسلوب التناول ومن حيث عمالة الأطفال وهو بعنوان: الرؤية التاريخية والدلالة الاجتماعية، وتشغيل الأطفال، والثاني بعنوان "الأطفال في سوق العمل" وقد كشفت الدراسة النقاب عن طبيعة الأعمال التي يؤديها الطفل، حيث

خلصت إلي أن الفقر والحرمان الاقتصادي من جانب، مضافاً إليه الأوضاع المتردية للتعليم الأساسي، والأوضاع الاجتماعية السيئة للأسرة مثل التفكك هي أهم العوامل التي تتضافر معاً لإتاحة الفرصة لتشكيل المحددات العامة لبذور ظاهرة عمالة الأطفال، كما أشارت النتائج إلي أن الانهيار العائلي وما يتصل به من مشكلات بالغة على واقع ومستقبل الأطفال، حيث تضطر كثير من العائلات التي تواجه بعض الكوارث الاجتماعية مثل (الطلاق ووفاة أحد الوالدين أو كليهما) إلى دفع بعض أبنائها وبخاصة الذكور إلي سوق العمل.

ثالثاً: الدراسات ذات الصبغة الدولية:

معظم الدراسات التي أمكن للباحث الحصول عليها، اشتركت في الكثير من النتائج التي عرضها الباحث من قبل في بحثه الحالي، والتي تتمثل في أن أهم ما يدفع الأطفال إلي العمالة هو انخفاض دخل الأسرة، وعدم تحقيق الكفاية الذاتية والاجتماعية والذي يؤدي إلي عدم استقرار الأسرة، وبالتالي إلي عمل الأطفال كذلك فإن صغر سن الأطفال العاملين وعدم حصولهم على القدر الكافي من التدريب يجعلهم عرضة للإصابات مما يؤثر على صحتهم الجسدية ويؤثر على خصائصهم النفسية وأن خبرتهم وعدم تدريبهم أيضاً يرتبط بحوادث المركبات التي يتعرضون لها، إضافة إلي صعقات الكهرباء والتسمم والموت غرقاً. كما أشارت أحد الدراسات إلي أن هناك أسر لا ينتمي لها الطفل أصلاً إذ لديهم نظام التبني أو التعمد، فبعض تلك الأسر قد تدفع الطفل للعمل في سن مبكرة دون مراعاة لطفولته أو للأضرار التي قد تلحق به. كذلك في الدراسات المسحية أو النظرية ما يؤكد على دور الأسرة في عمالة الطفل وأن عمله يضره صحياً. بل قد يؤدي إلي موته، فمخاطر العمل عديدة، وكذلك المخاطر المهنية للعمل تحيط بهم من كل جانب.

رابعاً: الدراسات ذات الصبغة الطبية:

في دراسة قام بها الصحن، على عينة من الأطفال قوامها (١٥٤) طفلاً، يعملون بعدد من الورش بمدينة الإسكندرية، وقد كان هدف الدراسة تقييم الحالة الغذائية للأطفال العاملين في سن من ٨: ١٨ عام ولتحقيق هذا قام الباحث بحساب ذلك باستخدام مقاييس أجزاء الجسم Anthropometric، والمعايير البيوكيمائية، ونظام أو قواعد الطعام، مع الفحص الطبي، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن الأطفال العاملين يعانون من سوء التغذية وأن ١٦% منهم مصابون بالهزال العام و٢٣% منهم متعطلين عن النمو الطبيعي، وبمعني آخر لا يتطور نموهم، و٣% منهم يجمعون بين الهزال وتوقف النمو، و٣% منهم وزنهم زائد عن الحد المطلوب. وبتحليل نظام التغذية وجد أنهم أقل طاقة، أقل كالسيوم، يعانون من نقص فيتامين (A)، (C)، ونقص كذلك في النياسين أي فيتامين (B3). كذلك وجد أن معدل البروتين لديهم أعلى، وكذلك نسبة الحديد، والثيامين (فيتامين ب ١). كما وجد أن نسبة ٧٧% منهم يعانون من نقص نسبة الهيموجلوبين في الدم وفق المعدلات التي أقرتها منظمة الصحة العالمية.

كما كشفت النتائج عن وجود نسبة انتشار عالية من عدوي الطفيليات المنقولة عن طريق الطعام وذلك لدي ٧٢% من مجموع أفراد العينة، كذلك فقد كشفت النتائج عن أن المتوقف نموهم، وذوي الهزال وتوقف النمو معاً وأصحاب الوزن الزائد كانوا يعانون من الأنيميا والطفيليات وذلك مقارنة بمن يعانون من الأنيميا فقط أو من عدوي الطفيليات. كذلك قام طاهر منصور (Taher, Mansour 1992) في دراسة أخري عن المشاكل الصحية بين صغار العمال العاملين بالمؤسسات الصناعية الصغيرة أو متوسط الحجم، وذلك على عينة قوامها (١٠٠٠) طفل، يتراوح المدي العمري لهم من ٩: ٢٠ سنة، اختيرت عينة ضابطة قوامها ٢٥٠ طفلاً وطفلة متماثلين في السن والجنس مع العينة التجريبية، وقد اختيرت مدينة الإسكندرية كنموذج للطفل العامل في مصر.

وقد كشفت النتائج بعد الدراسة والفحص الطبي عن أن صغار العاملين تعتل صحتهم الجسدية بسبب ظروف العمل، كما أن ظروف العمل تؤثر على حالتهم العقلية والانفعالية، كما أنها تعوقهم عن الاستمتاع بالرفاهية وفي دراسة لنوير (Nowier، 1993) بعنوان "الطفل العامل في مصر: المظاهر الاقتصادية والاجتماعية والمهنية"، وعلى عينة قوامها ٢٥٠ طفلاً، وجد أن الأطفال يعانون من التعب البدني، فهم يعملون أكثر من ٤٠ ساعة أسبوعياً. كما كشفت له الدراسة عن أن الأسر التي ينتمي لها الأطفال العاملون وكذلك المشاكل الاقتصادية هما السبب الرئيسي لكل المشاكل التي يعاني منها الأطفال العاملون، فالعمل وإن كان يحسن من الحالة الاقتصادية الاجتماعية، إلا أنه يعلم الطفل الخبرة بالآخرين، ويوسع من دائرة اتصالاته مما يؤثر على قدرتهم العقلية.

كما أن العمل يضر بالنظام الغذائي الذي ينبغي أن يكون عليه الفرد، غير أنه لم يجد ما يشير إلي أن بين عينة الدراسة أطفالاً مدمنين. كما أكدت الدراسة على أن الضوضاء والأتربة تضران بالطفل العامل فالأولي تضره بنسبة ٨٤% والثانية بنسبة ٥٥% كذلك فالأبخرة والغازات تمثل ١٠,٤% من مجموع المخاطر التي يتعرض لها الطفل، والمواد البيولوجية تمثل ٩%، وأخيرا الحرارة والتي تعد أحد الأضرار التي تضر الطفل تمثل ٢٥,٣% وتمثل الحوادث والإصابات التي تحدث للطفل العامل نسبة ٨٠,٤%، هذه الحوادث تتسبب في إصابات أيديهم وأصابعهم، والسبب أنهم غير مدربين.

وفي دراسة تالية لنوير (Nowèir، 1993) بعنوان: الطفل العامل في مصر: تأثير بيئة العمل على الصحة. وعلى عينة قوامها ٢٥٠ طفلاً أيضاً، وقد أجريت مقابلة منفردة مع كل طفل مع خضوعه للفحص الطبي الدقيق. وقد تبين أن المشاكل الصحية أساسها تأثير الأسرة والمستوي الاقتصادي الاجتماعي الذي يجبر الطفل على العمل، كما أظهرت نتائج الفحص الطبي الدقيق لهم عن أنهم يعانون من:

١- شكاوي جسمية تتمثل في الكحة الشديدة، النزلات الشعبية الحادة، والأزمات الشعبية.

٢- الاضطرابات القلبية الوعائية الشاذة مثل سرعة النبض، سرعة الجيوب القلبية، الدوخة أو الدوار، الإغماء أو الغثيان.

٣- الاضرابات المعوية - المعدية مثل التخمة وعسر الهضم، وغزو الجسم بالحشرات الطفيلية.

٤- الشكاوي النفسية العصبية.

٥- مشاكل أخري مثل عدوي مجري البول، آلام الظهر، ضعف الرؤية، سلس البول الليلي، حدوث فتق للطفل.

أما دراسة أميرة جمال (Amira, 1995) التي تبحث في الإصابات التي تحدث للأطفال تحت سن ١٦ سنة، والذين يعملون بورش تصليح السيارات بمدينة الإسماعيلية، فقد أشارت في مقدمة بحثها إلي أن الأطفال العاملون صغار السن يؤدون الأعمال التي ينبغي أن يقوم بها الكبار، في حين أنهم غير مؤهلين لذلك، فهم لا يملكون القدرات العقلية أو الجسدية التي تمكنهم من أداء هذه الأعمال. وقد كانت العينة مكونة من (٨١) طفلاً، أجابوا على استبيان يتعلق بكل شئ عنهم، وقد أسفرت النتائج بشكل عام أن صغر سنهم وضعف بنيتهم، وعدم خبرتهم كل هذا وراءه حدوث الإصابات لهم، كذلك أثبت الفحص أن مدي أو سعة الانتباه لديهم أقل من ذويهم مما يعرضهم دوماً للإصابة.

ولم تخرج دراسة هدايت (Hidayet, 1995) عن بعض ذات النتائج السابقة، فالأطفال يعملون لأسباب اقتصادية أو لمساعدة الوالدين في العمل، وأنهم يتعرضون لمشاكل اجتماعية وهمية وتعلىمية، كما أنهم يتعرضون للمخاطر الكيمائية نتيجة عملهم بالمصانع.

وأيضاً دراسة مريم حجاج (Mariamme, 1995) عن أثر عمالة الطفل على صحته، التي أكدت فيها أن الأطفال العاملين معرضون لمخاطر كثيرة

متنوعة منها مخاطر فيزيقية وكيمائية وبيولوجية ونفسية واجتماعية، وأن العمل يؤثر على رفاهيتهم الاجتماعية، وعلى قدراتهم العقلية وقد كان عدد أفراد العينة (٢٥١) طفلاً عاملاً والمدي العمري لهم من (٦ ـ ١٥) عام.

أما عبد اللطيف (Abd El-Latif. 1995) فقد حاول التعرف إلي عوامل الخطر التي تؤدي إلي المشاكل النفسية الاجتماعية لدي الأطفال العاملين وللوصول إلي ذلك أنتقي عينة قوامها ٣٤ طفلاً عاملاً، في المرحلة العمرية من ١٠: ١٤ سنة، وقد قسم العينة إلي مجموعتين وفق عدد من المتغيرات تتعلق بحدوث المشاكل النفسية والاجتماعية، هذه المتغيرات هي: القلق، مشاكل التغذية، مشاكل النوم، التعب، حدوث كوابيس. وقد توصلت دراسته إلي وجود عدد من المتغيرات يرتبط بما سبق لدي الطفل العامل وهي: الجهد المبذول في العمل، ظروف السكن، طبيعة العمل، الحالة التعليمية للطفل، درجة الرضا عن العمل، الدخل، العمر، العمل أو المهنة. وقد أشار الباحث إلي أن هذا يؤدي لحدوث اضطرابات لدي الطفل العامل ولدي البيئة التي يعيش فيها أيضاً.

كذلك في دراسة مشيرة (Moushera. 1995) على عدد من الأطفال في الفئة العمرية من ٦: ١٥ عام، وجد أن الفقر يمثل ٤٠% من عدد الأطفال العاملين وأن المشاكل الصحية تمثلت في:

١- شكاوي بدنية في واحداً أو أكثر من أجهزة الجسم، ومعدل سوء التغذية لديهم مرتفع.

٢- يعانون من شكاوي نفسية مما يؤكد تأير العمل على صحتهم. وعلى نقص الرعاية الصحية لتلك المجموعة العاملة.

أما ذكي (Zaky. 1996) ففي دراسته التي كان قوامها ٤٠٨ طفل، والمدي العمري لهم من ٨: ١٨، والتي استخدم فيها الاستبيان والمقابلة والفحص الطبي وجد أن الأطفال موضوع الدراسة يتأثرون بسمية الرصاص

لأنهم يعملون في مهنة يستخدمون فيها البنزين، وقد تأكد ذلك بتحليل عينات الدم التي أخذت من عينة الأطفال العاملين.

أما دراسة المغازي (El – Mogazi, 1996) عن العوامل الاجتماعية – الديموجرافية التي تسهم في ظاهرة عمالة الطفل بمحافظة الزقازيق. فقد أسفرت النتائج على العينة التي كان قوامها ١٣٠ طفل ومداها العمري من ٦: ١٥ عام عن الآتي:

١- الطفل العامل يكون نتاج أسرة كبيرة.
٢- فرص التعليم غير ملائمة.
٣- الآباء جاهلون والدخل غير منتظم.
٤- الفقر وهو السمة الرئيسية وراء عمل الطفل.
٥- كلهم يعملون قبل السن القانوني.
٦- نقص التغذية وإصابات العمل.

وفي دراسة أخري لذكي (Zaki,1996) عن تقييم عوامل الخطر لدي الأطفال العاملين والمراهقين المصابين بالأنيميا تبين له من خلال دراسته على ٤٠٨ طفل وباستخدام الاستبيان والمقابلة لمعرفة كل شئ عن الطفل العامل، أن الطفل العامل تزداد لديه نسبة الإصابة بالأنيميا مهما اختلفت أماكن عملهم ومهما تباعدت فالمكان أو المنطقة لا تكون سبباً في إصابة الطفل بالأنيميا دون الآخر.

أما هدي أحمد (Hoda Ahmed 1998) فقد أكدت في دراستها على الطفل العامل على ضرورة حماية الأطفال، فالأعمال التي يقومون بها تسبب لهم أخطاراً جسمية، كما أكدت على اعتلال الصحة العضوية للطفل خصوصاً كلما عمل بأماكن تتسم بالخطورة.

وأخيراً دراسة محمد (Mohamed. 1999) التي هدفت إلي التعرف إلي العوامل الاجتماعية الاقتصادية التي تؤدي إلي عمل الأطفال بمدينة أسيوط. وقد قام الباحث بإجراء مقابلات شخصية فردية مع أفراد العينة البالغ عددهم ٢٩ طفلاً، وعمرهم لا يتجاوز ١٥ سنة. وقد كشفت النتائج أن (٦٣,٤%) من الأطفال العاملين يعملون مدد تتراوح من ٨ ـ ١٢ ساعة، ٤١,٧% تركوا المدرسة قبل إكمال التعليم بمرحلة التعليم الأساسي وذلك لأسباب عديدة منها: (فقدان الرغبة في استمرار التعليم، الفشل المتكرر، الإهمال الأسري، المشاكل المالية، موت الوالدين). كما كشفت الدراسة عن أن ٥٩% من الأطفال يعيشون متنقلين بين الأب والأم لأن كليهما منفصل عن الآخر.

تعقيب على الدراسات السابقة:

عرض الباحث فيما سبق كل ما أمكنه الحصول عليه على المستوي المحلي والدولي فيما يتعلق بظاهرة عمالة الطفل في مختلف المجالات التي تناولت الظاهرة سواء في علم النفس أو علم الاجتماع أو في الطب. ولعله من الأفضل الآن أن نتناول تلك الدراسات ـ إذا جاز للباحث ـ بالتعقيب.

١- ندرة البحوث التي تناولت دراسة المتغيرات النفسية لدي الطفل العامل بصفة عامة.

٢- البحوث التي أشارت إلي تأثير الأسرة على الطفل العامل لم تتناول في دراساتها الاضطرابات النفسية العديدة التي يمكن أن تحدثها تلك الأسر على الطفل العامل.

٣- النظر إلي عمالة الطفل على أنها راجعة إلي الظروف الاقتصادية للأسرة فقط دون النظر مثلاً إلي العلاقة بين وفاة الأب والأم معاً وعمل الطفل، أو أن الطفل العامل يعيش مع زوجة أبيه أو زوج أمه مما يضطره إلي العمل سواء رغماً عنه أو طوعاً.

٤- هناك أسر مستواها المادي منخفض ومع ذلك لا تدفع الأطفال للعمل وهذا ما لم تلتفت إليه أية دراسة.

٥- الدراسات التي تناولت الخصائص النفسية لدي الطفل العامل كانت دراستين فقط، هاتان الدراستان لم تتناولا سوي متغير التوافق العام والشخصي الاجتماعي.

٦- أغلب البحوث لم تع للعلاقة بين ظُروف الطفل غير المادية وبين اضطراب سلوكه.

٧- لم تتناول أية دراسة سابقة متغيرات البحث الحالي وعددها تسعة متغيرات، وهي إضافة يأمل الباحث أن تضاف قيمتها للبحث.

٨- تعاني الدراسات السيكولوجية من قلة الدراسات التي تناولت دراسة الطفل العامل.

٧- فروض الدراسة:

١- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاملين وغير العاملين من صغار السن في متغيرات تقدير الشخصية وهي: العدوان والعداء، الاعتمادية، والتقدير السلبي للذات، وعدم الكفاية الشخصية، وعدم التجاوب الانفعالي، وعدم الثبات الانفعالي، والنظرة السلبية للحياة، وذلك لصالح عينة الأطفال العاملين من صغار السن.

٢- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاملين وغير العاملين من صغار السن في متغير قوة الأنا لصالح عينة الأطفال غير العاملين من صغار السن.

٣- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاملين وغير العاملين من كبار السن في متغير الشخصية المتوافقة لصالح عينة الأطفال غير العاملين من كبار السن.

٨ ـ الإجراءات المنهجية للبحث:

١ـ عينات البحث:

تكونت العينة الكلية للبحث من ١٨٠ طفلاً موزعة على النحو التالي:

أـ عينة الأطفال الصغار:

١ـ ٣٠ طفلاً من العاملين بورش إصلاح وصيانة السيارات وورش الحدادة، وورش النجارة حيث يعملون كصبي ميكانيكي، وصبي حداد، وهم جميعاً من مدينة المنصورة من (منطقة الحسينية، وشارع الجلاء، وشارع عبد السلام عارف) وقد كان متوسط عمر هذه العينة ١١,٥٧ ± ١,٠٥.

٢ـ ٣٠ طفلاً من غير العاملين، وهم جميعاً تلاميذ يدرسون بمرحلة التعليم الأساسي. وقد كان متوسط عمر هذه العينة ١١,٥٣ ± ٠,٥٠، هذا ولم يكن الفرق بين المتوسطين جوهرياً فقيمة (ت) كانت ٠,٢٦.

ب ـ عينة الأطفال الكبار:

تكونت هذه العينة من ١٢٠ طفلاً موزعة علي النحو التالي:

أـ ٦٠ طفلاً من العاملين بذات الأماكن السابق ذكرها سواء بمناطق التطبيق أو أماكن العمل. وقد كان متوسط عمر هذه العينة ١٦,٣٦ ± ١,٢٤.

ب ـ ٦٠ طفلاً من غير العاملين وهم جميعاً يدرسون بمرحلة الثانوية العامة، وقد كان متوسط عمر هذه العينة ١٦,٢٠ ± ١,٠٦. هذا ولم يكن الفرق بين المتوسطين جوهرياً حيث كانت قيمة (ت) = ٠,٢٦.

٢ـ التطبيق ووصف العينة:

أولاً: عينتا الأطفال العاملين من الصغار والكبار:

تم التطبيق عليهم في مناطق وأماكن العمل السابق ذكرها، وقد كان التطبيق يتم بشكل فردي، وأحياناً كان الباحث يجد طفلين يعملان بورشة واحدة،

أحدهما كبيراً والآخر صغير، أو أن يكونا صغيرين أو كبيرين، فيتم التطبيق عليهما بصورة فردية في وقت واحد. والعينتان جميعهما من المتسربين من مرحلة التعليم الأساسي اعتباراً من الصف الخامس، وذلك نظراً لظروفهم الأسرية الصعبة التي تراوحت ما بين طلاق الوالدين وزواج إحداهما أو كليهما واضطرار الطفل للمعيشة مع زوجة الأب أو زوج الأم، أو بسبب الصراع المستمر والشجار الدائم بين الأب والأم، وهجر المنزل. وقد استغرقت مدة التطبيق علي هاتين العينتين سبعة أشهر ونصف.

ثانياً: **عينتا الأطفال غير العاملين من الصغار والكبار**:

بالنسبة للأطفال صغار السن فقد تم التطبيق عليهم أيضاً بشكل فردي، وهم جميعاً من مدرستي الأمام محمد عبده، وعمر بن عبد العزيز، أما الأطفال كبار السن فهم جميعاً من مدرسة المنصورة الثانوية بنين. وقد تم التطبيق عليهم بشكل فردي أيضاً. وأفراد العينتين يعيشون في كنف أسرهم، ولم يسبق لأحد منهم أن عمل من قبل. وقد استغرقت مدة التطبيق أربعة أشهر. وبذلك يكون إجمالي مدة التطبيق أحد عشر شهراً ونصف.

ورغم تجانس العينات من حيث متغيرات السن وأنهم يقيمون في منطقة جغرافية واحدة تقريباً، إلا أن عينتي الأطفال العاملين من الصغار والكبار تعد ذات مواصفات خاصة لكونهما لم يكملا تعليمهما، كذلك فإن الاختبارات والمقاييس التي تلائم مستواهم العمري أخذت بياناتها الأساسية واعتمدت معاييرها علي تلاميذ يندرجون في صفوف التعليم. لذا فقد قام الباحث بتطبيق اختبار الذكاء المصور الذي أعده أحمد زكي صالح علي عينات البحث، وهو من الاختبارات التي قننت في العديد من الدراسات وله قدر من الثبات والصدق يمكن الوثوق بهما والاعتماد عليهما. والسبب في اختيار هذا الاختبار أنه لا يحتاج إلي استخدام اللغة إلا في شرح التعليمات وما علي الطفل إلا أن يختار الشكل المخالف من بين خمسة أشكال متشابهة، ولأنه اختبار غير لفظي لذا فهو

سـهل التطبـيق، ولا يسـتغرق وقـت طويـل مقارنـة بـبعض اختـبارات الذكـاء الأخري، كذلك فهو مناسب للعينات لأنـه يصلح للتطبيق علي الأفراد من سن ٨: ١٧. والاختبار مبني علـي فكرة التصنيف ويعطـي دلالـة جيدة علـي تقدير القدرة العقلية العامة. والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول رقم (١)
يوضح عينات البحث من حيث متغير الذكاء

صغار عاملون		صغار غير عاملين		ت	الدلالة	كبار عاملون		كبار غير عاملين		ت	الدلالة
م	ع	م	ع			م	ع	م	ع		
٨٩,٣٢	١٦,٧٠	٩٠,٤	١٦,٨٢	٠,٣٥	غير دالة	١٠٠,٩٤	٢٠,٥٢	١٠٦,١٢	٢١,٠٢	١,٩٢	غير دالة

٣ـ أدوات البحث:

أـ استبيان تقدير الشخصية (أ. ت. ش):

وهو من تأليف "رونالد ب رونر"، وقد أعده للعربية ممدوحة سلامة. والاستبيان أداة للتقدير الذاتي أعدت بهدف الحصول علي تقدير كمي لشخصية الطفل، وكيف يدرك نفسه وفقاً لسبعة أبعاد هي:

١ـ العدوان والعداء.
٢ـ الإعتمادية.
٣ـ تقدير أو تقييم الذات.
٤ـ الكفاية الشخصية.
٥ـ التجاوب الانفعالي.
٦ـ الثبات الانفعالي.
٧ـ النظرة للحياة.

والاستبيان يصلح للاستخدام في أغراض بحثية متعددة في مجال الطفولة نظراً لتعدد الخصائص النفسية التي يقوم بقياسها. ولهذا الاستبيان صورة خاصة بالكبار تستخدم مع المراهقين والبالغين، وأخري خاصة بالأطفال

وهي المستخدمة في البحث الحالي. ويقوم المستجيب لأي من الصورتين بالإجابة علي العبارات وفقاً لرؤيته لمدي انطباق كل منها عليه. وقد وضعت الدرجة عن كل عبارة وفقاً لأربعة مستويات.

وقد صمم الاستبيان ووضعت درجات العبارة بحيث تشير الدرجة المرتفعة إلي الجانب السلبي من السلوك المراد قياسه وهكذا، فكلما ارتفعت الدرجة علي مقياس ما كان ذلك مؤشراً لزيادة السلوك السلبي، أي العدوان والعداء بالنسبة للمقياس الفرعي الأول، أو الاعتمادية في المقياس الفرعي الثاني، أو انخفاض تقدير الذات في المقياس الفرعي الثالث، أو عدم الكفاية الشخصية، وعدم التجاوب الانفعالي، وعدم الثبات الانفعالي، والنظرة السلبية للحياة، وذلك في المقاييس من الرابع إلي السابع علي الترتيب.

هذا وقد صيغت بعض عبارات الاستبيان بعكس اتجاه العبارات الأخري بحيث تسير إلي الجانب الإيجابي من السلوك المراد قياسه، وذلك للتخفيف من الميل لاتخاذ نمط ثابت للاستجابات Response Set هذا وكل مقياس فرعي يحتوي علي ست عبارات بمجموع كلي (٤٢) مفردة، والاستبيان له صوره للكبار بها نفس المقاييس الفرعية مع اختلاف عدد العبارات الكلي وصياغة العبارات.

ب- مقياس قوة الأنا:

وهو من تأليف "بارون ف"، وقد أعده للعربية علاء الدين كفافي، وهو مقتبس من اختبار الشخصية متعدد الأوجه (MMPI). والمقياس كما يقول معده له مهمتان رئيستان الأولي: قياس قوة الأنا، أي قدرته علي القيام بوظائفه أو قوة الأنا كمتغير في الشخصية. والثانية هي التنبؤ بمدي نجاح العلاج النفسي، حيث يمكن التنبؤ من خلال الدرجات علي المقياس بمدي فاعلية العلاج وجدواه، وذلك بناء علي قياس الاختبار لقوة الأنا الكامنة عند المريض، وكلما زادت درجة المريض علي المقياس، زاد احتمال شفائه، وقصرت مدة العلاج هذا وقد

صنف بارون المقياس في فئات طبقاً لنوع التجانس السيكولوجي لمضمون الفقرات، وهذه الفئات هي:

١- الوظائف الجسمية والثبات الانفعالي Physical Functioning and Physiological Stability

٢- الضعف (السيكاثينيا) والعزلة Psychasthenia

٣- الاتجاهات نحو الدين Attitudes Towards Religion

٤- الوضع الخلقي Moral Posture

٥- الإحساس بالواقع Sens of Reality

٦- الكفاية الشخصية والقدرة علي التصرف Personal adequacy, ability to cope

٧- الفوبيات وقلق الطفولة Phobias, infantile anxiety

٨- متنوعات Miscellaneous.

والمقياس يتكون من ٦٤ مفردة، يستجيب عليها الفرد إما بنعم أو لا، وتعطي درجة للاستجابة علي كل مفردة.

جـ- مقياس الشخصية المتوافقة:

أعد هذا الاختبار مصري حنورة والسيد فهمي وهو يهدف للتعرف إلى الشخص المتوافق، كيف يكون سلوكه إزاء ما يتعرض له من مواقف، ما هي خصائصه النفسية والوجدانية، واتجاهاته وعلاقاته مع الغير ونظرته للحياة والناس والدين. والاختبار تتضمن بنوده ما يعرف باسم مجاليه التوافق ومنها التوافق الدراسي والمهني والترويحي، وكذلك توافق الحياة الجنسية، وأيضاً ما يعرف باسم صحية التوافق، فالتوافق يستهدف الرضا عن النفس وراحة البال والاطمئنان نتيجة الشعور بالقدرة الذاتية علي التوافق أو التكيف مع البيئة والتفاعل مع الآخرين، أيضاً من حيث أنها الوسيلة التي يشبع بها الفرد حاجاته التي تثير دوافعه. كذلك يكون الفرد متوافقاً إذا هو أحسن التعامل مع الآخرين

بشأن هذه الحاجات وإجادة تناول ما يحقق رغباته بما يرضيه ويرضي الآخرين أيضاً ... الخ.

هذا ويتكون المقياس من (٤٦) بنداً تعبر جميعها عن التوافق. ويجاب علي كل بند في ضوء مقياس مكون من خمسة درجات، فالدرجات (١: ٥) سلبية تمتد إلي الإيجابية، وذلك من خلال تعبير الفرد عن عدم توافقه إلي توافقه. والاختبار يمكن أن يطبق في موقف فردي أو في موقف جمعي. والدرجة العالية تعني توافق الفرد والعكس صحيح، وهي تدل بصفة عامة علي توافق الفرد في تعامله مع المواقف المختلفة.

٤ـ ثبات أدوات البحث وصدقها:

١ـ ثبات استبيان تقدير الشخصية وصدقه:

تم إعداد الاستبيان باللغة العربية وفقاً لتعليمات البعد الأصلي وإتباع نفس خطوات إيجاد الصدق والثبات وقد تراوحت معاملات ثبات ألفا لكرونباخ للمقاييس الفرعية للأداة ما بين٠,٥٦، ٠,٧٩. ومعامل ألفا أداة إحصائية حساسة لأخطاء العينة والقياس. ومعامل الثبات بهذا الشكل تشير إلي مستوي طيب للنسخة العربية للاستبيان بمقارنة معاملات الثبات بالعينة الأمريكية. كذلك تم إيجاد التجانس الداخلي للمفردات بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة ومجموع المقياس الفرعي الذي تنتمي إليه. وقد كانت معاملات الارتباط الخاصة بجميع مفردات الاستبيان (٤٢ مفردة) دالة. والاستبيان تم التحقق منه من صدق تكوينه الغرض عن طريق التحليل العاملي، وقد تم استخلاص أربعة عوامل هي التقييم السلبي للذات وعدم الثبات الانفعالي وعدم التجاوب الانفعالي وهي نفس العوامل التي استخلصها "رونر".

وقد قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب ثبات الاستبيان، باتباع طريقة التجزئة النصفية (فردي ـ زوجي) لعبارات الاختبار البالغ عددها (٤٢) عبارة، وبتقدير قيمة معامل ارتباط النصفين وجد أنه مساوياً (٠,٥٩)،

وبحساب معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان براون للتصحيح وجد أنه مساوياً (٠,٧٤). أما صدق الاختبار فقد تم حسابه بطريقة صدق الإتساق الداخلي، وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط البينية بين درجة كل عبارة و الدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت جميع معاملات الارتباط بين (٠,٦١، ٠,٨٥) وهي جميعها دالة عند مستوي (٠,٠١).

٢ـ ثبات مقياس قوة الأنا وصدقه:

قامت العديد من الدراسات والبحوث لدراسة ثبات مقياس بارون لقوة الأنا منها محمد ربيع شحاته، ١٩٧٨، نادية الشرنوبى، ١٩٨٢، علاء كفافي، ١٩٨٢، رشاد موسي وليلي بدوي، ١٩٨٧، ورشاد موسى وليلى مصطفى وصلاح الدين أبو ناهية، ١٩٨٨، حسين علي فايد ١٩٩٧.

أما عن صدق المقياس فقد قام العديد من الباحثين بإيجاد صدقه منهم علاء كفافي، ١٩٨٢، ١٩٨٦، رشاد موسى وليلى بدوي ١٩٨٧، رشاد موسي وليلي مصطفي وصلاح الدين أبو ناهية، ١٩٨٨، وحسين فايد ١٩٩٧ (رشاد موسي، ١٩٨٨، وحسين فايد، ١٩٩٧). وقد أكتفي الباحث في بحثه الحالي بما حققه هذا المقياس من نتائج في تلك البحوث السابقة وبما حققه من قدر عال من الثبات والصدق.

٣ـ صدق مقياس الشخصية المتوافقة وثباته:

قنن هذا المقياس في دراسة سابقة (السيد فهمي، ١٩٩٤) علي عينة قوامها ٢٠٠ فرد (مائة ذكور ومائة إناث). وقد تم حساب صدقه وثباته وتركيبه العاملي كما يلي:

أولاً: الصدق: تم حساب الصدق بثلاث طرق هي:

أـ صدق المحكمين والذي استخدم الباحث تقديراتهم بعد ذلك لحساب النسبة المئوية بما يسمي معامل اتساق كيندال أو معامل ارتباط كيندال. وقد

كانت القيمة مساوية لـ ٠,٧٧، وهذا يعني أن هناك اتفاقاً أو اتساقاً بين المحكمين لبنود المقياس.

ب- الصدق العاملي: تم حساب الصدق العاملي عن طريق التحليل العاملي للمصفوفة الارتباطية لبنود المقياس، وقد أظهر التحليل العاملي أنماطاً متسقة من العوامل التي تكشف عن أتساق في العلاقات بين البنود والتي تقع في زملة واحدة.

ج- صدق المفردات أو الاتفاق الداخلي: حسب بإيجاد معامل الارتباط بين كل وحدة من وحدات المقياس والمقياس كله، وقد تراوحت الدلالة بين (٠,٠٥، ٠,٠١).

ثانياً: الثبات: حسب الثبات بالطرق الآتية:

أ- طريقة ثبات الاستقرار: حيث كانت جميع معاملات الثبات دالة عند (٠,١) لدي الذكور والإناث والعينة الكلية.

ب- طريقة الاتساق الداخلي: حسب الثبات بطريقتين:

١- الطريقة الأولي: بقسمة البنود إلي فردي وزوجي، وقد تراوحت معاملات الثبات بعد التصحيح بين (٠,٦١، ٠,٨٤) لدي العينات الثلاثة.

٢- الطريقة الثانية: بين البنود الفردية والزوجية مع الدرجة الكلية، وقد وجد أن معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والنصف الفردي تتراوح بين (٠,٨٣، ٠,٩٣)، كما كانت معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والنصف الزوجي تتراوح بين (٠,٨٧، ٠,٩٣).

وفي الدراسة الحالية تم حساب ثبات الاختبار بطريقة التجزئة النصفية فكان معامل الارتباط مساوياً لـ ٠,٧٩، ومعامل الثبات مساوياً لـ ٠,٨٦ تقريباً، كما تم حساب الصدق الذاتي للمقياس فكان مساوياً لـ ٠,٨٩، إذ أن الصدق الذاتي له أهميته القصوي في تحديد النهاية العظمي لمعاملات الصدق التجريبي والصدق العاملي، أي أن الحد الأدني لمعامل صدق الاختبار يساوي معامل

صدقه الذاتي وبالتالي لا يمكن أن تتجاوز القيمة العددية لمعامل صدق الاختبار معامل صدقه الذاتي (فؤاد البهي،١٩٧٩: ٥٥٣).

تاسعاً: الأساليب الإحصائية:

حسب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لعينتي البحث، وكذلك اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات عينات البحث.

النتائج ومناقشتها:

جدول رقم (٢)
يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت)
لمتغيرات استبيان تقدير الذات لدي الأطفال العاملين وغير العاملين من صغار السن

المتغيرات	الطفل العامل		الطفل غير العامل		ت	الدالة
	م	ع	م	ع		
العدوان/ العداء	١٥,٢٧	٤,٢٣	١٢,٨٣	٣,١٦	٣,٥٥	٠,٠١
الإعتمادية	١٩,١٧	٣,٢٨	١٩,٥	٢,٧٩	٠,٥٩	غير دالة
التقدير السلبي للذات	١١,٧٧	٣,٦٨	١١,٣	٢,٧٩	٠,٧٨	غير دالة
عدم الكفاية	١٣,٥	٣,٠٧	١١,٤٣	٢,٥٨	٣,٩٦	٠,٠١
عدم التجاوب الإنفعالي	١٣,٢	٢,٨١	١١,٥٧	٢,٧٨	٣,١٧	٠,٠١
عدم الثبات الانفعالي	١٧,٢٣	٣,٢٥	١٥,٣٣	٢,٥٩	٣,٥٢	دالة
النظرة السلبية للحياة	١٣,٠٧	٣,٤٣	١١,٣	٢,٢٣	٣,٣٢	٠,٠١

جدول رقم (٣)
يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت)
لمتغير قوة الأنا لدي الأطفال العاملين وغير العاملين من صغار السن

المتغيرات	الطفل العامل		الطفل غير العامل		ت	الدالة
	م	ع	م	ع		
قوة الأنا	٣١,٢٧	٥,٥٤	٢٨,٨	٥,٠٤	٢,٥٣	٠,٠٥

جدول رقم (٤)
يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت)
لمتغير الشخصية المتوافقة لدي الأطفال العاملين وغير العاملين من كبار السن

المتغيرات	الطفل العامل		الطفل غير العامل		ت	الدالة
	م	ع	م	ع		
الشخصية المتوافقة	١٦٠,٦٥	١٠,٣٨	١٧٧,٦٦	١٤,٣١	١٠,٥٠	٠,٠٠١

مناقشة نتائج الفرض الأول:

بالنظر في جدول (٢) يلاحظ ما يلي:

أولاً: بالنسبة لمتغير العدوان/ العداء، كانت قيمة (ت) دالة عند مستوى(٠,٠١) لصالح الأطفال العاملين صغار السن، والنتيجة بهذا الشكل تعني أن الطفل العامل أكثر عدوانية من غير العامل ويتمثل عداؤه هذا في أنه إما أن يواجهه داخلياً بالغضب والاستياء نحو الذات أو خارجياً نحو الآخرين

أو نحو الأشياء والمواقف. ووفقاً لتعليمات الاختيار فإن عدوان تلك الفئة يتنوع ما بين العدوان اللفظي علي هيئة نقار أو شجار أو تهكم لاذع أو استهزاء، أو التحقير والسباب، أو توجيه الضرب والركل واللكم ضد الآخرين كذلك فقد يتجه هذا العدوان نحو تدمير أتلاف الأشياء عن قصد والإطاحة بها وهذه النتيجة تعد منطقية جداً، ونظراً لما يتعرض له هؤلاء الأطفال من ظروف قاسية في الأسرة وفي العمل، فهم يهانون ويحقرون ويضربون كل يوم، وطبيعي مع هذا كله أن يتولد لديهم شعور بالعداء والغضب إزاء كل الإهانات خصوصاً الإهانات الجسدية التي يلقاها من صاحب العمل ومن يطلق عليهم لفظ "صنيعية" أو "المعلمين".

ثانياً: بالنسبة لمتغير الاعتمادية، تبين عدم وجود دلالة بين العينتين وهي نتيجة أكثر من منطقية أيضاً فكلاهما طفل، وكلاهما يحتاج إلي الاعتماد علي الآخرين والشعور بالطمأنينة مع قدر من الإرشاد والتوجيه يسعي كلاهما نحو الحصول علي عطف وحنان واستحسان وتشجيع الآخرين، فهذا في مكان العمل والمنزل المتصدع وذاك في المدرسة ومع الأصدقاء والأسرة. إن طفولتهم البريئة تذهب بهما نحو الحصول علي عون الآخرين حين يمران بمشكلات خاصة أو عادية. إن كل ما سعي إليه كلاهما هو الحصول علي اهتمام ومحبة ودفء الكبار، وجذب الانتباه، والتشبث بالكبار مع عدم الطمأنينة والقلق في غياب مصدر التشجيع أو العطف، أياً كان هذا المصدر.

ثالثاً: بالنسبة لمتغير التقدير السلبي للذات، تبين أيضاً عدم وجود دلالة بينهما، وإن كانت درجة المتوسط أعلي لدي عينة الأطفال العاملين، بما قد يشير إلي عدم قبولهم لأنفسهم وشعورهم بالنقص عند مقارنتهم بالآخرين، ليس هذا بمستغرب أن يكون هذا هو شعور الطفل العامل، فأين هو من أقرانه الذين ينعمون بالحياة الأسرية الدافئة؟ أين هم من يد الأب التي تعطي

الثقة وتبث الأمن؟ أو حنان الأم وعطفها الأم التي تؤكد هوية الطفل كما جاء في سياق هذا البحث الحالي.

رابعاً: بالنسبة لمتغير عدم الكفاية، إن الكفاية الشخصية تعني تقييم الفرد لكفاءته للقيام بالمهام العادية ومدي قدرته علي معالجة المشكلات اليومية والوفاء بحاجاته شكل يرضي عنه هو، هذه الكفاية لا تتوفر للطفل العامل علي الإطلاق، فالدلالة في صالحه، وهذا يعني أنه يشعر بالعجز والضآلة، مع الشعور بالفشل والقدرة علي التنافس بنجاح من أجل ما يريد الحصول عليه أو فيما يهمه من مهام، وهذه النتيجة تتناسق تماماً مع سابقتها ويكونان صورة عامة نحو تقييم الذات بشكل عام، فعدم قبول الفرد لنفسه وعدم شعوره بكفايتها يتناغمان معاً ليعلنا أن المشاعر والاتجاهات والإدراكات المتعلقة بالذات تمتد نحو الطرف السلبي.

خامساً: بالنسبة لمتغير التجاوب الانفعالي، لم تتغير تلك النتيجة عن سابقيها، فالدلالة لصالح الطفل العامل، فاقد القدرة علي التعبير بحرية وتلقائية عن مشاعره وانفعالاته تجاه الآخرين، هذا الطفل العامل وفقاً لهذه النتيجة يصعب عليه قبول المودة رغم حاجته لها، وكذلك مشاعر الحب من الآخرين، إذ لا يمكنه أن يبادل الآخرين هذا العطف والحب، ولم لا وفاقد الشئ في بعض الأحيان لا يعطي ما حرم منه، وهم من قتلت طفولتهم واغتيلت براءتهم بسبب ظروف أسرية كان من الممكن تفاديها. أنه يفتقد التلقائية في التعبير، وكيف يعبر وكل ما يعيشه يتمثل في أوامر صارمة قاسية صادرة إليه، عنف وتوبيخ دائمين، التعبير الوحيد الذي يمكنه هو أن يغضب وأغلب الظن سيكون غضباً داخلياً يضره ضرراً شديداً خشية صاحب العمل أو "الصناعي" الكبير.

سادساً: بالنسبة لمتغير عدم الثبات الانفعالي، أبرزت النتائج ما يؤكد عدم ثبات هذا الطفل انفعالياً، الدلالة في جانبه، وليتها دلالة إيجابية بل سلبية، تؤكد

علي أن الطفل العامل تعتري حالته المزاجية تأرجح لا يمكن التنبؤ به أو تحديده. إنه يتنقل بسرعة من مشاعر البهجة والسرور إلي مشاعر الغضب وعدم الرضا، إنه اضطراب نفسي، كذلك فهو يتحول من الشعور بالمودة إلي الشعور بعدم الرضا ومنطقية هذه النتيجة تتأكد حينما نقلب صفحات البحث والنتيجة الحالية، فالظروف الأسرية الصعبة وحالات الطلاق والانفصال لا تساعد الطفل علي التوافق بل تدفعه نحو عدم الثبات، والعدوانية وكلاهما يشيران بوضوح إلي طفل يعاني خللاً في التكوين النفسي له، إن وجود الأب بشكل دائم يعني سواء الطفل، وأطفال هذا البحث غير أسوياء، ينزعجون عند أدني توتر ويضطربون لأدني صعوبة، وأخيراً من السهل استثارتهم.

سابعاً: النظرة السلبية للحياة: كيف تكون حياة طفل عدوان، اعتمادي ينظر لذاته نظرة سلبية، يعاني من عدم الكفاءة، غير متجاوب انفعالياً، متجمد، قتلت طفولته، واغتيلت براءته، متذبذب. متأرجح بين الرضا والغضب، إنها حياة من يري العالم من حوله كمكان ملئ بالأخطار، والتهديد وعدم اليقين، مكانه غير طيب وغير آمن. إنها حياة الطفل العامل الصغير الذي لم يتجاوز الثالثة عشر، ويعمل في الوقت الذي مفروض فيه أن يلهو أن يمرح، أن يحقق ذاته، أن يؤكد كيانه. وفي النهاية فإن النتيجة النهائية للفرض تعني أنه قد تحقق بشكل كبير، وبما يعني أن الأسرة حين يتصدع بناؤها ويعمها الصراع الدائم فإن ذلك ينعكس علي عوامل أو متغيرات تقدير الطفل لشخصيته.

مناقشة نتائج الفرض الثاني:

بالنظر إلي جدول (٣) يتبين وجود دلالة لصالح عينة الأطفال غير العاملين، فقوة الأنا في حوزتهم، والتي هي الركيزة الأساسية في الصحة النفسية، والنتيجة بشكل عام تعني ثباتهم الانفعالي، وتوافقهم مع الذات والمجتمع، وخلوهم من الأعراض العصابية، والإحساس الإيجابي بالرضا

والكفاية. وهي نتيجة تتسق تماماً مع درجاتهم علي متغيرات تقدير الشخصية وتؤكد علي أن الأسرة إذا وفرت لأبنائها كل ما يحتاجون واحتضنتهم ودعمتهم علي طول الخط شبوا عن الطوق وهم أصحاء نفسياً، ويا لها من كلمة، فسواء الفرد نفسياً يعني توافقاً عاماً، وخلواً من الكثير من الأمراض العضوية التي تصاحب اعتلال الصحة النفسية والتي يطلق عليها الأمراض السيكوسوماتية أو الأمراض النفس جسمية. والنتيجة بهذا الشكل تعني عصابية الأطفال العاملين، فمناخهم مناسب لنمو المرض النفسي، وكلما زاد نصيبهم من العصابية كانت كمية الضغوط اللازمة لأحداث العصاب قليلة. والنتيجة بهذا الشكل تتسق تماماً مع ما عرض في سياق هذا البحث وتؤكد علي أهمية دور الأسرة خصوصاً الأب والأم.

مناقشة الفرض الثالث:

بالنظر في الجدول رقم (٤) يتبين بوضوح دلالة مرتفعة عند مستوي (٠,٠٠١)، بما يعني أن الكبار العاملين من الأطفال أقل توافقاً بشكل عام مقارنة بذويهم من غير العاملين، والنتيجة بهذا الشكل تؤكد علي أن التوافق العام الذي يتضمن مجالات عديدة، وعالم أرحب، واتجاهات واهتمامات أكثر غير ممثل لدي الطفل العامل الكبير الذي يسوء توافقه أكثر كلما طالت مدة طفولته التي يقضيها في العمل، وكلما ازدادت سلبيته وعدم كفايته، فما يبيتون فيه يصبحون فيه، لا تتعدل أشياء إيجابية في صالحهم ولا تتغير ظروفهم الأسرية.

إن من الطبيعي أن يكون التوافق العام في صالح غير العاملين ذلك لأن لديهم مجالات عديدة لا تتوفر للطفل العامل الكبير مثل التوافق الدراسي والترويحي، وإذا كان العامل الطفل الصغير قد أظهر ضعفاً في الأنا وانخفاضاً في تقدير الذات فقد لحق به الطفل العامل الكبير ولم يتغير شئ بينهما والسبب الظروف الأسرية التي زجت بهم إلي غياهب الاضطرابات النفسية وسوء التوافق والتكيف. إن النتيجة النهائية لهذا الفرض تعني أن الأطفال العاملين الكبار لا يعيشون في حالة من الرضا والانسجام سواء مع أنفسهم أو مع

مجتمعهم وكل مايحيط بهم من كائنات بشرية وغير بشرية، وتعني أيضاً أن غير العاملين يسلكون السلوكى السوي إزاء تحقيق مطالبهم ومطالب بيئتهم. وأنهم قادرون علي تغير سلوكهم إذا ما واجهوا موقفاً جديداً أو مشكلة اجتماعية أو خلقية أو نفسية.

وفي النهاية نعود فنتساءل هل لعمالة الطفل الصغير أو الكبير إيجابية، والإجابة - كما يراها الباحث - هي لا، لأن عمالته يعود نتاجها عليه بالسلب، فصحياً كما تؤكد الدراسات السابقة التي عرضت في البحث بلا استثناء، أنه يصاب بعلل وأمراض عديدة وأمراض القلب والدم وأمراض الجلد والأنيميا، وأمراض الصدر، وحالات إسهال، وتعنية والتهاب كبدي وبائي ودم بالبول، وأمراض أخري عديدة قد يصعب حصرها، ونفسياً فهم يعانون من فقدان الذات وضعف الأنا وسوء التوافق، واجتماعياً فهم يشعرون بالدونية ويعاملون معاملة لا تتسم بالإنسانية في أحيان كثيرة، وعلمياً فهم يفقدون كل سبل الاتصال بالتعليم، فيتسربون منه، ويزداد جهل بعضهم، وتضعف قدرة بعضهم علي القراءة بفعل الابتعاد عن التعليم والتسرب المبكر منه، وأسرياً فهم ينتمون لأسر سادها الطلاق، والتفكك الأسري والصراع بين الوالدين.

إن نتيجة هذه الدراسة تتفق مع بعض الدراسات التي أجراها المركز القومي وغيره من عدم توافق الطفل العامل، لكنها أيضاً تؤكد علي اعتلال الصحة النفسية بشكل عام للطفل العامل، وهذا ما لم تتناوله أي دراسة سابقة من قبل من حيث متغيرات البحث، فماذا بعد فقدان الأنا وانعدام تقدير الذات وسوء التوافق العام.

تعقيب عام على النتائج:

لقد نصت وثيقة السيد الرئيس/ حسني مبارك رئيس الجمهورية، علي اعتبار أن العشر سنوات الماضية من (١٩٨٩ - ١٩٩٩) هي بمثابة عقداً لحماية الطفل المصري، تلك الوثيقة التي أقرت مجموعة من العناصر الهامة

لحماية الطفل. والسؤال هل تحقق هذا بعد هذه السنوات العشر؟ هل تحقق هذا وما زال بين أركاننا أطفال يئنون، يعانون ظروفاً أسرية صعبة للغاية، لقد أكدت الدراسات علي أن أسر الطفل العامل ينامون معاً في أماكن مزدحمة وبكثافة في مكان المعيشة، ينتمون لأباء أميون في الغالب أو توقفوا عن الدراسة، مستواهم التعليمي متدني خصوصاً في الريف عن الحضر والتعليم لابد منه لا للطفل العامل فقط بل لكل البشر، إنه يساعد علي نمو الذات وعلي التوافق النفسي، وكل الأطفال العاملين محرومون من الدراسة، فمنهم من لم يكمل تعليمه ومنهم من لم يتعلم أصلاً ولم ير للعلم بصيص نور.

إن الطفل العامل يعامل معاملة سيئة، إنه لا يختلف عن أطفال الشوارع حيث يتعرض الإثنان لمختلف أنواع المخاطر والاستغلال، ويحرم العديد منهم من مختلف ألوان الحماية والرعاية القانونية والاجتماعية والأسرية والنفسية، مما قد يدفعهم إلي الانحراف وإلي تيار الجريمة. وما أكثر ما حدث من هذا ـ والعنف الموجه للمجتمع بأسره، وأطفال الشوارع يشملون المشردين والمتسولين وغيرهم، كلهم أطفال، كلهم يعيشون ظروفاً تنوء بحملها الجبال.

ففي أحد الدراسات على مجموعة من الأطفال المتسولين المنحدرين عن أسر مستواها متدني تبين أنهم يعانون من مشاكل في القلب والصدر، وقسوة الأب، ويعانون مشاعر القهر، ويتعرضون للطرد، أحلامهم مفزعة، ولديهم الرغبة في تحطيم الأشياء، وهم مصابون بأمراض جلدية مزمنة ويتعرضون كثيراً للإساءة النفسية، والمشردون تبين أنهم عدوانيون، يميلون للوحدة النفسية، أقل تقديراً لذواتهم لا يرون قيمة لأنفسهم ولا يشعرون بمشاعر التقبل من الآخرين، مما يجعلهم لا يستطيعون تحقيق ذواتهم ويشعرون بالعجز والفشل في إنجازاتهم مما ينمي لديهم الشعور بالدونية، الشارع بكل خبراته هو مرجعهم الوحيد إنهم وغيرهم إفرازات أسر متدنية في كل شئ، وستظل أصابع الاتهام تشير إلي الأسر التي لا ترعي أطفالها وتحطم فيهم الذات، فماذا لو زاد عدد تلك الأسر، وزاد معها عدد الأطفال العاملين، أغلب الظن أننا سيكون لدينا بعد عقد أو زيادة، ملايين الأطفال من مضطربي الشخصية، سيئ التكيف، هؤلاء

الأطفال سيكبرون، ويبنون أسرهم أيضاً، فماذا تنتظر منهم. ماذا لو أن كل قادر مد يد العون بجانب الدولة وما تقدمه لمواطنيها، وماذا لو تماسك الوالدان وحافظا قدر استطاعتهما علي أطفالهما. إننا لو قضينا علي عمالة الأطفال سنقضي علي بطالة الكبار.

علينا أن نمد يد العون لأسر الأطفال العاملة، فالدولة وإن كانت تتحمل أعباء دعم السلع الأساسية، وتوسعت في تطبيق نظام الأسر المنتجة، فإن ذلك لا يغني عن كفالة المعاش الملائم والدعم المالي للأسر المعدمة أو ذات الدخل المحدود، يجب أن تدخل الأسر المعدمة نظام الضمان الاجتماعي، والذي يتضمن نظم الضمان بما يسمي "بشبكة الأمان" التي تغني المواطن من العوز والحرمان لكي نحمي الطفولة، ففي حمايتنا لها حماية لمستقبل الأمة كلها ولن نحمي الطفولة إلا إذا قضينا علي بيت الداء، وبيت الداء الأسرة المولدة للمرض.

إذاً يجب علينا أن نخطط لبناء الأسرة، وفقاً لنموذج فعال بحيث يتمتع بأخلاقيات مستمدة من الدين وحب الوطن ولا تبتعد عن طبيعة العصر، مع سلوكيات عملية تجعل منها أسرة متماسكة واعية، منتجة بكامل أفرادها، علينا العناية بالأطفال جيل المستقبل الذي سيكون علي يديه التغيير، عناية نوعية تتصل بنموهم الجسدي والعقلي والمعرفي والروحي، وإعدادهم لتنمية المهارات التي يحتاج إليها المجتمع بالفعل وفق ما يصلحون له وما يبرعون فيه.

علينا ألا نعرضهم للإيذاء النفسي والاجتماعي وهو ما يتحقق لو حرمناه من الحب والعناية والرعاية، وألا نسئ له حتي يكون لدينا طفل سوي قادر علي التحكم والضبط والثقة بالنفس، ونختتم البحث بالقول بأن الطفل إذا عاش في بيئة تنتقده تعلم أن يلعن الآخرين، وإذا عاش في بيئة تكرهه تعلم أن يحارب الآخرين، وإذا عاش في بيئة تخيفه تعلم أن يكون متوجساً للشر، وإذا عاش في بيئة تشفق عليه تعلم أن يأسي لنفسه، وإذا عاش في بيئة حقودة تعلم الإحساس بالذنب، وإذا عاش في بيئة متساهلة تعلم أن يكون مريضاً، وإذا عاش في بيئة تشجعه تعلم أن يثق في نفسه، وإذا عاش في بيئة تمتدحه تعلم أن يكون قادراً، وإذا عاش في بيئة تشعره بالتقبل تعلم أن يكون محباً.

الدراسة الثانية

تأثير وفاة الأب على بعض المتغيرات الوجدانية والشخصية والقيم لدى عينة من المراهقات

أولاً: مقدمة:

إن طفلاً بلا أب، كمنزل بلا سقف(*)، جملة قيلت قديماً قديماً لكنها تبرز أهمية الأب في حياة كل طفل، إنه بمثابة سقف يحمي الطفل من كل ما يسوؤه، يحجب عنه كل المآسي والمحن، ييسر له كل ما من شأنه أن يعلو ويسمو به أعالي الآفاق، إنه حين يكون سقفاً آمناً، تراه يسهم بشكل فعال ومؤثر في تكوين الطفل الجسدي والعقلي والانفعالي والاجتماعي ...الخ، يسكب في عقله القيم والمثل والمبادئ والتقاليد التي تتفق والمجتمع الذي يعيش فيه، يكون لديه الاتجاهات السوية ويحفزه نحو الإنجاز والتحصيل في شتي ميادين الحياة، يشرب صفاته السكينة والهدوء، ينحيه القلق، يجنبه الاكتئاب، يكسبه الثقة في النفس، ويزرع فيه بهجة الحياة وروعتها، يؤمنه على غده، يرعاه في مستقبله. إنه مصدر الأمن الأول والقوة والطمأنينة، مشبع للعديد من الحاجات الأساسية للطفل خصوصاً في سنوات عمره الأولي.

وإذا كان شوقي أمير الشعراء قد نعت الأم بأنها مدرسة إذا أعددتها أعددت شعباً طيب الأعراق، فإن الأب هو قائد هذه المدرسة وربان سفينتها، ووجوده إلى جوار الأم في الإعداد والتأهيل السليمين يعني شعباً من أنقى الأعراق وأصفاها، شعباً ذا سمات وخصائص نفسية أقل ما توصف به أنها سمات نفسية سوية خالصة من الشوائب والعوالق التي تؤدي إلى اعتلال النفس وذبولها وانهيارها في النهاية.

(*) كما جاء في البوذية القديمة.

إنـه مـانح الدفء والحنان، ومنحه هذا يجعلـه نموذجاً مستدخلاً ينظم داخلياً تقدير الذات للأبناء حيث يستدخل الفرد كل ما هو خلقي وكل ما هو جدير بالاحترام، كما أن إدراكه من قبل الطفل بأنه مانح الدفء والقبول يكون لـه أثره الواضح على تقييم الذات للأبناء من الذكور والإناث، كما يكون عاملاً حاسماً في تقدير الأطفال لذواتهم تقديراً إيجابياً. والحب والدفء من قبل الأب يبدأ من اللحظات الأولي من عمر الطفل حيث يكون هناك تفاعلٌ مبكرٌ بينهما يسهم بشكل فعال في إعداد الطفل للغد وفي كفاءته وعلاقاته بالكبار والرفاق فيما بعد، واستمرارية هذا التفاعل تجعل الطفل لاحقاً أكثر قدرة على مواجهة التوتر في المواقف الجديدة وأقل خوفاً وتوتراً خصوصاً عند التعامل مع الغرباء ولا يتوقف دور الأب عند هذا، إنه حين يتقبل طفلـه بكل كمالـه ونقائصه، فإن ذلك يقلل من مشكلات الطفل ويسهم في تدعيم توافقه الشخصي والاجتماعي.

وإذا كان وجود الأب في حياة كل طفل هو مصدر سعادته ونموه النمو النفسي والصحي السليمين، فإن غيابه بالطلاق أو الهجر بصفة عامة وبالموت بصفة خاصة، يزلزل أركان المنزل كله، وتتبدل أشياء كثيرة كانت بعيدة كل البعد عن خاطر الطفل وأسرته، فالأم ستتحمل أعباء زائدة ومهام عديدة، فالدخل سينخفض، وقد تلجأ للعمل مما يؤثر بشكل مباشر في الرعاية الدائمة التي قد يحتاجها الطفل باستمرار، وأيضاً سوف تعاني الأم من العزل الاجتماعي، ونقص في الدعم الإنفعالي والاجتماعي، وسوف تعاني أيضاً من مشاكل عديدة في تنشئة أطفالها بمفردها، وسوف يصبح الأطفال أكثر عرضة لمخاطر اعتلال الصحة النفسية والجسدية، كما سوف يترتب على غياب الأب أو فقدانه آثار خطيرة وعنيفة خصوصاً على الخصائص الشخصية والسمات النفسية للطفل مما قد يؤثر سلباً على حياته المستقبلية.

إن غيابه يعني فقدان أحد ركني الحب والأمن الحقيقيين اللذين مصدرهما الأب والأم، سيفقد الطفل الرباط الذي وقف خلفه بالمرصاد دافعاً اياه نحو الإنجاز العلمي والتحصيل الجيد، وهذا ما أكدته إحدى الدراسات التي

أشارت إلى أن فقدان الأب يضعف الأداء الأكاديمي لدى كل من الذكور والإناث، وخصوصاً الإناث.

إن غياب الأب وما يرتبط به من نتائج سيئة وأحزان على جميع المحيطين بالطفل، سوف يؤثر على شخصية الطفل وعلى تكيفه بل وعلى نوعه، فالإناث مثلاً تتبدل القيم والمعايير الأنثوية لديهن، فهن يعانين من انحرافات في الدور الجنسي الخاص بهن بل قد يؤدي إلى زواجهن المبكر جداً كما هو الحال في المجتمع الأمريكي على وجه الخصوص، مما يؤدي إلى ارتفاع نسب طلاقهن، أو ازدياد احتمالات إنجابهن لأطفال غير شرعيين، أما الذكور فإنهم يفقدون الدور الجنسي الذكري، وتنخفض درجة تفاعلهم مع الآخرين.

إن الآثار الناجمة عن فقدان الأب عديدة، خصوصاً عندما يفقد في مرحلة مبكرة من العمر، كمرحلة الطفولة المبكرة التي يحتاج فيها الطفل إلى من يأخذ بيده نحو إعداده على نحو سوي مروراً بالمراهقة التي يحتاج فيها الطفل إلى من يفهمه ويرشده، ويوجهه ويعدل سلوكه دوماً نحو الصواب، فتلك المرحلة – مرحلة المراهقة – كلها تقلبات انفعالية ووجدانية تحتاج إلى من يستقبلها ويفرغها، ومن غير الأب يفعل ذلك؟!

ثانياً: مشكلة الدراسة:

أكد علماء النفس على أن شخصية الفرد تتكون في الخمس سنوات الأولي من حياته، أما المراحل التالية ما هي إلا عملية تطور ونمو لكل منها خصائصها الخاصة، إلا أن السمات الأساسية للشخصية إذا تكونت ومرت بطريقة سليمة تجعلنا نضمن الشخصية على مدي الحياة، وأن أي خلل في هذه المرحلة، وأي اضطراب وتشويش تكون له بصماته على شخصية الطفل في مرحلة جد مهمة وهي مرحلة عتبة الرشد، ألا وهي مرحلة المراهقة التي تعتبر مرحلة نمو انفعالى واجتماعي وعقلي تتحدد على أثره نوعية شخصية الفرد

التي تتكون بالدرجة الأولى من السمات الوراثية والمكتسبة من الوالدين، والفرص المنزلية المتاحة لتكوين أسس شخصية من تقمص، وإشباع حاجات نفسية (الحب، الحنان، الرعاية، التوجيه، التعليم، ... الخ) والتي هي من واجب الوالدين ، فإذا توفي أحد الوالدين كالأم مثلاً، فإن هذا يكون لـه أثرُ عميقُ على شخصية الطفل، فنراه يبدي سلوكاً يشير إلى المعاناة وشدة المحنة والشعور الغامر بالرغبة في الانتقام، وعن الأخيرين ينتج الشعور بالذنب والاكتئاب مما يكون لـه آثارُ خطيرة على النمو الخلقي للطفل، وهذه الآثار الخطيرة تمتد إلى الطفل أيضاً عند غياب الأب، فهي تؤثر على توافق الأبناء سواء مع أنفسهم أم مع أقرانهم، أو على مصدر الضبط الخارجي لديهم وعلى درجة الاكتئاب وكذلك مفهوم الذات.

ولا يقف تأثير غياب الأب عند هذا الحد بل إنه يمتد إلى أن الأبناء غائبي الأب يسلكون سلوكاً غير مرغوب فيه، فقد تبين أن ٧٥% من مجموع من أقدموا على الانتحار من المراهقين والمراهقات كانوا ينحدرون من أسر يُغيب فيها الأب، وأن ١٨% من مجموع المراهقين والمراهقات الذين يطلبون الرعاية السيكياترية كانوا ينحدرون أيضاً من أسر محطمة.

لقد أكدت الدراسات التي أجريت على وجه الخصوص في العقدين الأخيرين على أن وجود الأب يسهم بدور فعال ومهم بالنسبة للأبناء، وأن دوره لا يقل عن دور الأم، فوجوده ضروري لأنه يلعب دوراً مهماً في الحياة النفسية للطفل ، كما أن وجوده يحجب الكثير من المشاكل التي قد يتعرض لها الطفل، فقد أكدت الدراسات على أن العلاقة الإيجابية بين الأب وأطفاله، مع استمرارية الحب بين الأب وكل من الأم والأبناء معاً، كل هذا يسهم في توفير الجو المناسب للطفل كي يشبع حاجاته النفسية والاجتماعية والتي لها دورها الحيوي في اكتمال نموه النفسي على وجه الخصوص.

إن وجوده سوف يحمي أيضاً من انحرافات سلوكية، لعل أهمها يتمثل في أن غيابه يعني غياب الرقابة، مما قد يجعل الأبناء يتعاطون المخدرات والماريجوانا ، وأيضاً تناول المشروبات الكحولية ، وكذلك تدخين السجائر.

مما سبق تكمن مشكلة البحث في تناول تأثير الحرمان الكلي من الأب (أي بالوفاة) في فترة الطفولة المتأخرة (الثلاث سنوات الأخيرة على الأقل من مرحلة التعليم الأساسي) على بعض الاتجاهات والقيم والسمات النفسية لدى عينة من المراهقات بمرحلة التعليم الثانوي.

إنها أي مشكلة البحث تتحدد في معرفة إلى أي مدي يمتد تأثير فقدان الوالد على المراهقات اللائي فقدن والدهن قبل ٣ سنوات (وقت إجراء الدراسة) على قيمهن وعلى سماتهن النفسية والعصابية وعلى إحساسهن بالوحدة النفسية.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

يمكن أن نجمل أهداف الدراسة في النقاط التالية:

١- معرفة تأثير وفاة الأب على بعض السمات الوجدانية لدى عينة من المراهقات اللائي فقدان والدهن في مرحلة الطفولة المتأخرة مقارنة بمن يعشن مع الأبوين.

٢- معرفة تأثير وفاة الأب على بعض السمات الشخصية لدى بناته اللائي فقدن والدهن قبل ٣ سنوات على الأقل وصولاً إلى مرحلة المراهقة.

٣- معرفة تأثير فقدان الوالد بالوفاة على بعض القيم لدى عينة من المراهقات اللائي فقدن والدهن في مرحلة الطفولة المتأخرة وحتي بداية مرحلة المراهقة.

رابعاً: أهمية الدراسة:

من المعروف أن للأطفال في كل مرحلة من مراحل حياتهم، خصوصاً في مرحلة الطفولة المتأخرة حاجات وجدانية، واجتماعية عديدة، منها الحاجة

إلى الأمن والحب والحنان والتقبل والانتماء والتقدير الاجتماعي وتأكيد الذات والاستقلال والحرية وسلطة ضابطة مرشدة.

هذه الحاجات لا يمكن للطفل إدراكها أو تحقيقها أو تحقيق قدر منها ما لم تكن هناك أسرة تعده للمجتمع الذي يعيش فيه، وهي التي تعتبر صورة مصغرة للمجتمع الأكبر، والطفل البشري بالذات يموت لساعته إذا لم تتلقفه الأيدي، لذا فمن أهم وظائف الأسرة عملية التنشئة الاجتماعية، إذ لا يكفي أن ننجب أطفالاً، بل على الأسرة أن تتحمل أساساً مسئولية تعليم الأطفال اللغة والقيم والعادات والمعايير والمعتقدات والمهارات.

وكل ما يتعلمه الطفل ويتمثله، يتم من خلال الأسرة الممثلة في الوالدين، اللذين هما أكبر وأول سند لعملية الاتصال الاجتماعي للطفل، ففي سنواته الأولى تنحصر كل اتصالاته أو علاقاته المتاحة عن طريق الوالدين فقط، والمعتقدات والقيم والاتجاهات خاصة الثقافية إنما يتلقاها الطفل من خلال أبويه. وبالتالي فإن كل اتجاهات الأطفال تتشكل غالباً في مرحلة الطفولة ويكون التأثير فيها للأب أو للأم خصوصاً المعتقدات الدينية والسياسية، والقيم الدينية وتحمل المسئولية وضبط الذات وحسن التصرف والتوافق المنزلي والاجتماعي والصحي والانفعالي، وغير ذلك من السمات والخصائص النفسية والوجدانية والعقلية، إنما يكون منبعها الأسرة، بما توفره لأبنائها من رعاية وعناية، وبسبب توجه الوالدين نحو أبنائهم، خصوصاً في مرحلة المراهقة.

مما سبق تبرز أهمية الدراسة، وما سبق عرضه يؤكد أيضاً على أهمية دور الوالدين في اكتساب الأطفال للقيم بكافة صورها، كما تبرز أهمية دورهما في تشكيل اتجاهات الأطفال منذ نعومة أظافرهم، وأنهما مصدر الحب والحنان والاستقلال وتحمل المسئولية والتوافق بكافة صوره وأشكاله، كما أنهما منبع السمات والخصائص النفسية والوجدانية وغير ذلك كثير.

غير أن فقدان أحدهما (وهو الأب) خصوصاً في مرحلة الطفولة المتأخرة سوف تنعكس آثاره السلبية على المراهقات موضوع الدراسة، لكنه في الوقت ذاته قد يكون دافعاً لهن بما قد يتوافر لديهن من مناخ أسري حرص على استمرارية أداء دور الأب الغائب، هذا الدور ممثل في الأم التي رفضت الزواج بعد وفاة الأب، والتي أبت إلا أن تتحمل مسئوليات الأب، إضافة إلى مسئولياتها وأعبائها وما أكثرها!

- وفي النهاية يمكن إجمال أهمية البحث في النقاط الآتية:-

أ- باستعراض التراث السيكولوجي النظري والتجريبي، لم يجد الباحث حسب حدود علمه دراسة واحدة تناولت المتغيرات المستخدمة في هذه الدراسة وهي القيم (أخلاقيات النجاح في العمل، الاهتمام بالمستقبل، استقلال الذات، التشدد في الخلق والدين) والقلق كحالة وكسمة، والتقدير الذاتي للاكتئاب، والوحدة النفسية وأخيراً التعرف إلى بعض الخصائص الشخصية ومدي تأثير وفاة الأب عليها وهي السيطرة، والمسئولية، والاجتماعية، والثبات الانفعالي، ومن ثم فإن هذه الدراسة يأمل الباحث منها أن تكون إضافة سيكولوجية لهذا المجال.

ب- معرفة الدور الكامن للأم في مساعدة بناتها على نموهن النفسي وتكوين القيم لديهن.

ج- تناول تأثير وفاة الأب في مرحلة الطفولة المتأخرة على عينة من المراهقات اللائي توفي والدهن قبل ثلاث سنوات على الأقل.

د- تناول المتغيرات السيكولوجية الممثلة في دراسة بعض القيم والسمات النفسية والعصابية، إضافة للوحدة النفسية.

خامساً: المفاهيم الأساسية للدراسة:

تقتصر التعريفات التي سوف تلتزم بها الدراسة الحالية على ما يلي:

أ- **الوحدة النفسية:** يقصد بها إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية Psychological gap تباعد بينه وبين أشخاص وموضوعات مجاله النفسي إلى درجة يشعر معها الفرد بافتقاد التقبل والحب والتواد من جانب الآخرين، بحيث يترتب على ذلك حرمان الفرد من أهلية الانخراط في علاقات مثمرة مع أي أشخاص وموضوعات الوسط الذي يعيش فيه ويمارس دوره من خلاله.

ب- **حالة القلق:** حالة مؤقتة أو حالة الكائن الإنساني التي يتسم بها داخلياً، وذلك لمشاعر التوتر المدركة شعورياً والتي تزيد من نشاط الجهاز العصبي الذاتي، فتظهر علامات حالة القلق، وتختلف حالات القلق هذه في شدتها وتقلبها معظم الوقت.

ج- **سمة القلق:** يشير إلى الاختلافات الفردية (الثابتة نسبياً) في قابلية الإصابة بالقلق التي ترجع إلى الاختلافات الموجودة بين الأفراد في استعدادهم للاستجابة للمواقف المدركة باعتبارها مواقف تهديديه بارتفاع حالة القلق، إنها تعني النظرة إلى العالم المليء بالعديد من المواقف المثيرة التي يشعر بها الفرد أنها شئ خطر أو مهدد للذات، كما أنها تعني الميل إلى الاستجابة لمثل هذه التهديدات بحالة من القلق.

د- **السيطرة Ascendancy:** تميز أولئك الأفراد الذين يتخذون دوراً نشطاً في الجماعة والواثقين من أنفسهم والجازمين المصرين في علاقاتهم بالآخرين، والذين يميلون إلى اتخاذ القرارات مستقلين عن غيرهم.

هـ- **المسئولية Responsibility:** تميز الأفراد الذين يقدرون على الاستمرار في أي عمل يكلفون به، والمثابرين والمصممين، والذين يمكن الاعتماد عليهم.

و- **الاتزان الإنفعالي Emotional Stability:** تميز الأفراد الذين يكونون عادة بمنأي عن القلق والتوتر العصبي والحساسية الزائدة والعصبية، والذين يمكنهم تحمل الإحباط.

ز- **الاجتماعية:** Sociability: تميز الأفراد الذين يحبون مخالطة الناس والعمل معهم ويرغبون في التجمعات، وفي مزيد من الاتصالات الاجتماعية. (جابر عبد الحميد وفؤاد أبو حطب).

ح- **أخلاقيات النجاح في العمل:** (قيمة تقليدية) ويقابلها الاستمتاع بالصحبة والأصدقاء (قيمة عصرية): وهي تميز الفرد الذي يعلي من قيم النجاح في العمل، والذي يرى أن من واجبه أن يحرز مركزاً أعلى مما حققه والده، والذي ينظر إلى العمل نظرة ليست فيها تسلية، فهو دائماً يعمل باجتهاد على نحو أفضل من الآخرين، وحين يكلف بالعمل فإنه ينجزه كله، ودائماً يسعى للعمل الذي يجعله ناجحاً في الحياة، كما أنه يشعر بارتياح إن كان من أوائل الطلبة، كما أنه يتميز بالطموح.

ط- **الاهتمام بالمستقبل:** (قيمة تقليدية) مقابل الاستمتاع بالحاضر (قيمة عصرية): وهي تميز الفرد الذي تقل قيمة الحاضر عنده مقابل أو من أجل المستقبل، فهو ينكر إشباع الحاجات الحاضرة وإرضاءها لتحقيق إشباعات أعظم في المستقبل، فينبغي على الفرد الشعور بأن المستقبل مليء بالفرص له، وأن يدخر أكبر قدر من المال يستطيع اقتصاده، وأن ينفق مالاً أقل على ملابسه ليقتصد لحاجات المستقبل، وأن يعيش من أجل المستقبل.

ي- **استقلال الذات:** (قيمة تقليدية) مقابل مسايرة الأخرين (قيمة عصرية): وهي تميز الفرد الذي يعمل باجتهاد أكثر مقارنة بأنداده، والعمل الذي يعمله يكون خارجاً عن المألوف، وأن تكون له آراء سياسية ودينية، وهو يتميز أيضاً بأن ما يقوم به من أعمال يتسم بالفردية، وينفق أكبر قدر يستطيعه من الوقت في العمل وبحيث يكون مستقلاً عن الآخرين، لا يعبأ في عمله بما يراه الآخرون، يشعر دوماً أن من الصواب أن يكون طموحاً جداً.

ك- **التشدد في الخلق والدين:** (قيمة تقليدية) مقابل النسبية والتساهل: وهي تميز الفرد الذي يرى أن تحمل الألم والمقاساة أمر هام بالنسبة له بمضي الزمن، والذي يرى أن من الواجب أن تكون له معتقدات قوية عما هو صواب، وما هو خطأ، كذلك فهي تميز الفرد الذي يشعر بأن أهم شيء في الحياة هو أن يكافح من أجل إرضاء الله سبحانه وتعالي، وأن تكون معتقداته عن الصواب والخطأ بالغة الأهمية، وأن يكون قادراً على حل المشكلات الصعبة وأن يشعر أن الاحترام أهم شئ في الحياة، إضافة إلى أنه يكون من النوع الذي يتقن العمل حتي ولو لم يكن خبيراً فيه.

ل- **التقدير الذاتي للاكتئاب:** يقصد به تميز الأفراد الذين يعانون من الخصائص الاكتئابية، وهذه الخصائص هي:

أ- أثر الانتشار أو التعميم: Pervasive affect والتي يكون فيها الفرد مكتئباً حزيناً يائساً، يشعر أو تنتابه نوبات بكاء.

ب- الحالات الفسيولوجية المصاحبة والتي تتمثل في:

١- الاضطرابات المتكررة مثل:

أ- التقلب اليومي (زيادة الأعراض في الليل والشعور ببعض الراحة عندما يأتي الصباح).

ب- النوم (الاستيقاظ المتكرر أو المبكر).

ج- الشهية (نقصان مقدار الطعام).

د- فقدان الوزن (مرتبطة بنقصان مقدار الطعام أو زيادة التمثيل الغذائي).

ه- الجنس (نقصان الشهوة الجنسية).

٢- اضطرابات أخري مثل الإمساك وخفقان القلب والاضطراب العضليهيكلي.

ج- الحالات المصاحبة النفسية وتشمل:

١- النشاطات النفسحركية وهي تتضمن: الاهتياج أو الإثارة والشعور بالإعاقة.

٢- التخيلات Ideational: وتتضمن: الارتباك والشعور بالفراغ والإحساس باليأس والتردد وحدة الطبع وعدم الإحساس بالرضا والحط من التقييم الشخصي والتفكير المستمر في الانتحار.

سادساً: الدراسات السابقة:

تنوعت الدراسات والأبحاث التي تناولت تأثير الحرمان من الأب بسبب الوفاة أو الطلاق أو هجر الأب للمنزل، وهناك من الدراسات ما تناول تأثير غياب الأبوين، وكل هذه الدراسات أكدت على أن للحرمان الأبوي آثاراً متعددة على السمات النفسية للأبناء. لذا رأي الباحث تقسيم الدراسات السابقة على النحو التالي:

أولاً: دراسات تناولت تأثير الحرمان الأبوي في حالات الوفاة.

ثانياً: دراسات تناولت تأثير الحرمان الأبوي في حالات الطلاق أو الهجر والغياب.

ثالثاً: دراسات أجريت على المحرومين من الأبوين والمقيمين بدور الإيواء.

وفيما يلي عرض لهذه الدراسات:

أولاً: الدراسات التي تناولت تأثير الحرمان الأبوي في حالات الوفاة:

أوضحت دراسة بارنس وبروسون التي أجريت على عينة قوامها ١٢٥٠ طفلاً وطفلة من الذين فقدوا إما الأب وإما الأم بالوفاة عندما كان عمرهم يتراوح بين ١٠: ١٥ سنة وتأثير ذلك على درجة الاكتئاب لديهم، باستخدام مقياس الاكتئاب الخاص بالمركز الأبيدمولوجي، أوضحت أن فاقدي الأب أكثر اكتئاباً مقارنة بمن فقدوا أمهاتهم بالوفاة. كما أكدت الدراسة على أن هناك

ارتباطاً دالاً بين وفاة الأب والاكتئاب، بينما لم يكن هناك ارتباطاً دالاً بين فقدان الأم والاكتئاب، وفي دراسة بعنوان اليتيم وأثره على الحالة الوجدانية والصورة الوالدية لدى المراهق، قام بدراسة على عينة قوامها (٢٠) من المراهقين والمراهقات من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية الذين فقدوا أحد والديهم خلال مرحلة الطفولة المتأخرة (من سن ٦ ـ ١١ سنة)، وقد كانت العينة مقسمة على النحو التالي: ٥ مراهقات فاقدات الأم، ومثلهن فاقدات الأب، ٥ مراهقين فاقدين الأم، ومثلهم فاقدين الأب، وقد اختيرت العينة بحيث يكون الوالد الآخر قد تزوج بعد وفاة الطرف الثاني، وقد كانت أدوات الدراسة ممثلة في استمارة بيانات ومقابلة إكلينيكية واختبار الرورشاخ واختبار تفهم الموضوع. وقد كشفت النتائج بالنسبة للمراهقات فاقدات الأب فيما يتعلق بالحالة الوجدانية عن ميلهن إلى الاكتئاب وسرعة الانفعال وتقلب المزاج أما الصورة الوالدية فتمثل في:

١- صورة أبوية جيدة تزول بوجودها المشاكل.

٢- الحاجة للأبوين.

٣- صورة والدية عادية، ورفض للسيطرة الوالدية (الأبوية).

٤- التعلق الشديد بالأم والاعتماد عليها.

أما عن أهم سمات الحالة الوجدانية لدى جميع أفراد العينة الأيتام فتتمثل فيما يلي: مظاهر يأس وكآبة، وكثرة أحلام اليقظة، وعدم القدرة على الاستقلال، والخضوع والطاعة للوالد الباقي، والحساسية الشديدة، وقلق وتشاؤم، وطموح للمستقبل، ومظاهر تمرد وعصيان.

وفي دراسة كان قوامها (٦٣٢) ذكراً وأنثي، بالصفوف من الخامس إلى العاشر بولاية إيوا (٣٥٢ ذكراً، ٢٨٠ أنثي، منهم ٤٦ ينتمون إلى أسر يسودها الطلاق، ٤٢ ينتمون إلى أسرة توفي فيها الأب، والباقي ينتمون لأسر يسودها الثبات ووجود الأبوين)، طلب كل من نن وباريش (Nunn and Parish, 1987) من الطلاب والطالبات أن يصفوا أنفسهم، وأن يصفوا صورة الأب كما

يرونها، وكان من أبرز النتائج أن الطلاب والطالبات فاقدي الأب بالطلاق يعانون من قصور في مفهوم ذواتهم، حيث تبدو صورة الذات غير واضحة بالنسبة لهم، كما أن اختيارهم لأفضل الصفات التي تعبر عن أنفسهم كان يشوبها النقص. أما فاقدوا الأب بالوفاة فقد كانت تعبيراتهم عن أنفسهم أكثر إيجابية من فاقدي الأب بالطلاق، كما أنهم كانوا مدركين لذواتهم بشكل أفضل. أما الطلاب الذين ينتمون لبيئات يسودها الثبات ووجود الأبوين فقد أعطوا أفضل وصف لأنفسهم، وكانوا أكثر إدراكاً لذواتهم.

وفي دراسة مسحية على الطالبات المراهقات ممن فقدن الأب إما بالوفاة أو الطلاق أو الانفصال، أكد كل من هاريس وجولد وهندرسون، (Harris; Gold and Henderson, 1991) أن غياب الأب في كل الحالات له آثار متباينة على مفهوم الذات الاجتماعي، وأن هذا التأثير يتباين بسبب طول فترة غياب الأب، وأنه كلما طالت فترة الغياب فإن هذا يؤثر على مفهوم الذات الذكري Masculine self – concept لديهن، كما أنهن يملن في سلوكهن إلى السلوك الخنثوي androgyny.

وفيما يتعلق بالكشف عن أثر موت الوالدين المبكر على الاكتئاب النفسي للأبناء وعلى عينة قوامها (٤٩) طالباً و(٤٧) طالبة ممن فقدوا الوالدين أو أحدهما، أوضحت دراسة (رشاد موسى، ١٩٩٣) أن فاقدي الوالدين أو أحدهما من أفراد العينة التجريبية يتسمون بالأعراض الاكتئابية الآتية: الرفض، الهروب، سرعة الاستثارة، سوء الصحة العامة، كراهية الذات، الأرق، اتهام الذات، الإعاقة في العمل، الإحساس بالفشل، وقد فسرت تلك العوامل أو المتغيرات بأنها تمثل صورة لسيكولوجية الأفراد الذين فقدوا الوالدين أو أحدهما.

وفي دراسة رونالد وجاكلين (Ronald and Jacqueline. 1996) على عينة قوامها ٦٢٨٧ طفلاً وطفلة – من كل الأعمار – يمثلون عينة قومية، أشارت النتائج إلى أن الأطفال بلا أب من كل الفئات خصوصاً المتوفي والدهم

يبدون مشاكل انفعالية، وهم أكثر قلقاً واكتئاباً، كما تقدم لهم خدمات تتعلق بالصحة العقلية، وذلك مقارنة بمن يعيشون مع أبويهم.

وفي دراسة (راوية محمود، ١٩٩٧) التي أجرتها على عينة قوامها ١٢٠ طالباً وطالبة (٣٠ بنتاً لأمهات مطلقات، ٣٠ بنتاً لأمهات محرومات من الأب بالوفاة، ونفس الحال بالنسبة للذكور) كان هدفها بحث العلاقة بين الحرمان الأبوي (بالوفاة أو الطلاق) وكل من التوافق النفسي ومفهوم الذات والاكتئاب، وقد كانت الأدوات المستخدمة في الدراسة ممثلة في مقياس بل للتوافق ومقياس تنسي لمفهوم الذات ومقياس بك للاكتئاب، وقد أسفرت الدراسة عن وجود فروق دالة بين مجموعتي الدراسة من الجنسين في ابعاد التوافق النفسي (التوافق الصحي والاجتماعي والانفعالي) وكذلك التوافق الكلي لصالح مجموعتي الذكور والإناث أبناء المطلقات، أما التوافق الأسري فقد كانت دلالته لصالح الإناث والذكور المحرومين من الأب، وبالنسبة لمفهوم الذات فقد كانت دلالته أيضاً لصالح المحرومين من الأب (ذكوراً وإناثاً) من حيث مفهوم الذات الجسمية والاجتماعية والأخلاقية، أما مفهوم الذات العصابية فقد كانت دلالته لصالح مجموعتي أبناء المطلقات، وبالنسبة للاكتئاب فقد كانت دلالته لصالح مجموعتي أبناء المطلقات، أما في مجال المقارنة بين الإناث المحرومات من الأب بالوفاة والمطلقات أمهاتهن فقد تبين أن أبعاد التوافق الأسري والصحي والإنفعالي والكلي كانت لصالح المطلقات أمهاتهن، وبالنسبة للتوافق الاجتماعي فلم تكن الفروق دالة بينهما. وبالنسبة لأبعاد الذات فقد تبين أن بُعدي الذات الجسمية والأخلاقية كانت دلالتهما لصالح المحرومات من الأب، أما بعد الذات العصابية فقد كانت دلالته لصالح المطلقات أمهاتهن، ولم تكن هناك دلالة في الفروق بين المحرومات من الأب والمطلقات أمهاتهن في بعد الذات الاجتماعية، أما بالنسبة لمتغير الاكتئاب فقد كانت دلالته لصالح بنات المطلقات.

ثانياً: دراسات تناولت تأثير الحرمان الأبوي(*) في حالات الطلاق أو الهجر والغياب:

في دراسة قام بها كل من هيثرنجتون ومارتن (Hetherington and Martin 1979) تبين أن غياب الأب والعيش مع الأم، يؤثر على الأطفال حيث يظهرون قدراً أقل من حيث القدرة على الإشباع المرجأ، وكذلك يظهرون قدراً ضئيلاً من حيث التحكم في قوة الدفع، أي من حيث التحكم الزائد في الغضب، وكذلك الإشباع الجنسي، وكذلك يضعف لديهم الإحساس بالضمير، وأخيراً الإحساس بالصواب والخطأ.

أما (عزة الألفي، ١٩٨٦)، ففي دراستها الإكلينيكية التي أجرتها على مجموعة من الأطفال قوامها (٤٠)، في مرحلة الطفولة المتأخرة، والمحرومين من الأم أو الأب أو الاثنين معاً أو المحرومين من إشباع حاجاتهم الأساسية، وباستخدام المقابلة الإكلينيكية واختباري تكملة الجمل وتفهم الموضوع، تبين لها أنهم يعانون من صراع نفسي وشعور بالتعاسة وفقدان السند الانفعالي، مع الشعور بالضياع والنبذ والميل إلى العدوان وذلك في مجال المقارنة بينهم وبين من يقيمون مع أسرهم.

وفي دراسة جاك بلوك وآخرين (Jack Block, et.al., 1988) على الأطفال الذين سمح لهم بدخول مستشفى "نيو أورليانز" بأمريكا بغرض تلقي العلاج السيكياتري، تبين لهم أن ٨٠% من مجموع أولئك الأطفال ينحدرون من أسر متصدعة تسودها حالات الطلاق.

وفي دراسة لكل من بيرتي وديفيتوريو (Peretti and Divittorio. 1992) على ٦٦ طفلاً وطفلة، كان الغرض منها دراسة الآثار المترتبة على شخصية هؤلاء الأطفال بسبب طلاق الوالدين وغياب الأب عن الأسرة، كانت أبرز النتائج فقدان تقدير الذات، والإحساس بأنهم متخلي عنهم ومهجورون، كذلك سادت لديهم مشاعر الإنسلاخ أو العزلة أو الاغتراب.

(*) يقصد بالحرمان الأبوي هنا أن الأب لا زال على قيد الحياة.

أما دراسة ميشيل وجون (Michael and John, 1992) فقد بينت أن طلاب وطالبات المدارس الثانوية الذين فقدوا آباءهم بالطلاق كانوا أكثر اكتئاباً وعدواناً، كما كانت لديهم تصورات أو تخيلات انتحارية وذلك مقارنة بمن يعيشون مع والديهم.

وفي دراسة مقارنة بين الأفراد الذين يعيشون مع أبويهم والذين انفصل والداهم أو طلقا، أكدت دراسة دينيس، وإمّيلي وكيفين (Denise, Emilly and Kevin, 1994) أن غياب الأب في الحالتين ينجم عنه مشاكل سلوكية، كما أظهرت الفتيات على الخصوص قدراً من القلق والاكتئاب الداخليين. وقد أكدت دراسة ديفيد وجون وميتشيل (David, John and Michael, 1994) على أن الانفصال الأبوي بالطلاق أو الهجر يؤدي إلى اضطرابات مزاجية ومشاكل سلوكية لدى المراهقين والمراهقات، وأن تلك الاضطرابات والمشاكل السلوكية تكون أكثر انتشاراً لدى الأطفال الذين انفصل والداهم وهم في عمر (٥) سنوات أو أكثر.

وقد أكدت أيضاً دراسة جريج وجيان وباميلا (Greg, Jeanne and Pamela, 1994) أن الأطفال الذين تربوا على الطلاق، ولم تتزوج أمهاتهم بعد الطلاق، هؤلاء يجعلهم الحرمان الأبوي أقل تعاوناً وأقل إيجابية مقارنة بمن يعيشون مع أبويهم الطبيعيين، كما أن الفتيات اللاتي شملتهن الدراسة قد أظهرن قدراً من المشاكل السلوكية تبدو في سلوكهن خصوصاً داخل المنزل حتي مع توفر نمط اقتصادي متوافق للمعيشة.

أما دراسة فادين كيرنان وآخرين (Vaden Kiernan, et al., 1995) التي أجريت على عينة كبيرة قوامها (١١٩٧) طالباً وطالبة، فقد كشفت عن أن الانفصال الأبوي والعيش مع الأم يرفع من مستويات العدوان، وذلك مقارنة بمن يعيشون مع أبويهم.

وفي دراسة ستيفاني وآخرين (Stephanie, et.al., 1996) على عينة قوامها (٦٤٨) طفلاً وطفلة، أشارت النتائج إلى أن الأطفال الذين يعيشون مع الأم فقط يعانون من اضطرابات القلق، والتمزق، مقارنة بمن يعيشون مع آبائهم. كما أن الذكور على وجه الخصوص يكونون أكثر اكتئاباً.

أما دراسة دافيد وآلان (Davidand and Alan. 1996) فقد أكدت أن المراهقين المنحدرين من أسر تزوجت فيها الأم أو طلقت ولم تتزوج، ذوو مستوى أقل من حيث التفاعل كما أنهم أقل في كل مستويات الانفعال الاجتماعي المتعلق بالمجتمع الذي يعيشون فيه، أي أنهم أقل تجاوباً انفعالياً مع المجتمع.

وأخيراً نأتي إلى دراسة فرانك ولوري واليزابيث (Frank, Lori and Elizabeth, 1997) التي كشفت عن أن الذكور والإناث الذين تركهم آباؤهم حديثاً يظهرون الكثير من المشاكل السلوكية مقارنة بمن يعيشون مع أبويهم، كما أن تلك المشاكل تزداد تلقائياً في حالات زواج الأم خصوصاً عند دخول زوج الأم إلى المنزل، وأن تلك المشاكل السلوكية تكون أكثر لدى الذكور مقارنة بالإناث.

ثالثاً: دراسات أجريت على المحرومين من الأبوين أو المقيمين بدور الإيواء:

في دراسة (سميرة إبراهيم، ١٩٨٣) التي أجرتها على مجموعة من الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة قوامها (٢٠٢) طفلاً وطفلة، وباستخدام مقياس مفهوم الذات والتوافق النفسي، أكدت النتائج أن الأطفال اللقطاء المحرومين من الأبوين يعانون من انخفاض مفهوم الذات والتوافق النفسي والاجتماعي.

أما (فاتن أبو صباع، ١٩٩٢) فقد قامت بدراسة على عينة قوامها (٦) طفلاً وطفلة في مرحلة الطفولة المتأخرة من الأطفال اللقطاء المقيمين بدور الإيواء ومثلهم من الأطفال المقيمين داخل قرى الأطفال .SOS، وقد استخدمت في دراستها المقابلة الإكلينيكية واختبار تفهم الموضوع، كما اعتمدت على

الملاحظة المباشرة بغرض التعرف إلى بعض المشكلات السلوكية التي قد يعاني منها هؤلاء الأطفال سواء داخل المؤسسة الإيوائية أم داخل قرى الأطفال. وقد كشفت نتائج دراستها عن أن أطفال العينتين المحرومان من الوالدين والمقيمين بدور المؤسسات أو القرى، ذوو أنا ضعيفة، ومضطربين، وتسيطر عليهم مشاعر الدونية، ويعانون من مشكلات سلوكية مثل التبول اللاإرادي والتأخر الدراسي والسرقة والكذب.

أما دراسة (المتولي إبراهيم، ١٩٩٣) فقد كانت على عينتين الأولى: قوامها (٨٠) طفلاً وطفلة من المقيمين بقرى الأطفال S.O.S وتتراوح أعمارهم بين ١٤ ـ ١٦ سنة، والثانية: قوامها (٤٠) طفلاً وطفلة في نفس المستوى العمري، غير أنهم يقيمون بالمؤسسات الإيوائية، وقد استخدم الباحث مقياس القلق الصريح لتايلور، وقد كشفت نتائج الدراسة عن أن الأطفال المقيمين بمؤسسات الأطفال أكثر قلقاً من الأطفال المقيمين بقرى الأطفال.

تعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من الدراسات السابقة ما يلي:

١- كل الدراسات التي أجريت في مجال المقارنة بين حاضري الأب وفاقديه بالموت أو الطلاق أو الغياب، أكدت أن الحرمان الأبوي له آثار سلبية عديدة على الأبناء منها: الاكتئاب، وسرعة الانفعال، وتقلب المزاج، ومظاهر يأس وكآبة وقلق وتشاؤم، وأقل توافقاً أسرياً وصحياً وانفعالياً، وضعف الضمير وضعف الإحساس بالصواب والخطأ، والشعور بالتعاسة والنبذ والاغتراب، وفقدان تقدير الذات، وأقل تفاعلاً وأقل إيجابية، وانخفاض النمو العقلي والاجتماعي والإنفعالي والتحصيلي، واضطراب الأنا والتأخر الدراسي، واتهام الذات وكراهيتها.

٢- لم تتناول دراسة واحدة بشكل مباشر ـ حسب حدود علم الباحث ـ تأثير الحرمان الأبوي بالوفاة على بعض المتغيرات النفسية (موضوع الدراسة)

على المراهقات اللائي فقدن والدهن في مرحلة الطفولة المتأخرة وحتي بداية مرحلة المراهقة واللائي لم تتزوج والدتهن بعد وفاة الأب، وكل الدراسات التي استطاع الباحث الحصول عليها تنحصر في معرفة تأثير غياب الوالدين على اللقطاء المقيمون بالمؤسسات الإيوائية أو خارجها، أو تأثير الانفصال والطلاق بين الوالدين، أو الغياب طويل المدي أو قصير المدي مع عدم وفاة أحدهما أو كليهما أو زواج أحدهما بعد الانفصال عن الآخر، وغير ذلك.

٣- قليل من الدراسات بحث تأثير غياب الأب بالموت على وجه الخصوص، وقليل أيضاً عدد الدراسات التي تناولت تأثير غياب الأب بالوفاة على المراهقات على وجه الخصوص.

٤- باستعراض التراث النظري والتجريبي لم يتبين للباحث – حسب حدود علمه – دراسة تناولت تأثير الحرمان الأبوي بالوفاة على القيم (أخلاقيات النجاح في العمل والاهتمام بالمستقبل واستقلال الذات والتشدد في الخلق والدين) والتقدير الذاتي للاكتئاب والقلق كحالة والقلق كسمة، والوحدة النفسية وأخيراً بعض المتغيرات الشخصية مثل السيطرة والمسئولية والاتزان الانفعالي، وذلك على عينات كعينات الدراسة الحالية.

٥- ما سبق مثل استفادة للباحث تمثلت في تناوله لموضوع الدراسة الحالية لمعرفة تأثير غياب الأب بالوفاة على بعض المتغيرات النفسية موضوع الدراسة لدى المراهقات اللائي فقدن والدهن بالوفاة قبل (٣) سنوات على الأقل.

سابعاً: فروض البحث:

يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو التالي:

١- توجد فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيرات الوحدة النفسية والتقدير الذاتي للاكتئاب والقلق كسمة والقلق كحالة لصالح فاقدات الأب.

٢- توجد فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في ثلاث من متغيرات القيم وهي أخلاقيات النجاح في العمل والاهتمام بالمستقبل واستقلال الذات لصالح فاقدات الأب.

٣- توجد فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغير التشدد في الخلق والدين لصالح غير فاقدات الأب.

٤- توجد فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيري السيطرة والمسئولية لصالح فاقدات الأب.

٥- توجد فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيري الثبات الانفعالي والاجتماعية لصالح غير فاقدات الأب.

ثامناً: إجراءات الدراسة:

أولاً: العينة:

أجري هذا البحث على عينة قوامها (٢٢٠) طالبة من طالبات المدارس الثانوية الآتية: مدرسة الثانوية بنات، مدرسة جيهان السادات، المدرسة التجريبية للغات، مدرسة كفر الشيخ عطية الثانوية، مدرسة رأس الخليج الثانوية، وجميع أفراد العينة من محافظة الدقهلية، بمتوسط عمري قدره (١٥,٠٢)، وبانحراف معياري قدره (٠,٨١) لعينة فاقدات الأب، ومتوسط عمري قدري (١٥,١٧)، وبانحراف معياري قدره (٠,٦٨) لعينة غير فاقدات الأب. وبحساب قيمة (ت) للفرق بين متوسطي أعمار العينتين تبين عدم وجود فرق دال إحصائياً. وقد تم تقسيم أفراد عينة البحث على النحو التالي:

١- الطالبات فاقدات الأب: كان قوام هذه العينة (١١٠) طالبة، وقد صنفت هذه العينة على النحو التالي:

أ- (٤٥) طالبة توفى والدهن من مدة لا تقل عن ثلاث سنوات.

ب- (٣٢) طالبة توفى والدهن من مدة لا تقل عن أربع سنوات.

ج- (٢٣) طالبة توفى والدهن من مدة لا تقل عن خمس سنوات.

٢- الطالبات غير فاقدات الأب: أيضاً كان قوام هذه العينة (١١٠) طالبة.

وعلى الرغم من تجانس العينتين من حيث المستوى التعليمي (حيث إنهن يدرسن بالمرحلة الثانوية) والعمرى، إلا أن الباحث قد عمد أيضاً إلى التحقق من تكافؤ العينتين من حيث الذكاء، وذلك بتطبيق اختبار الذكاء العالي (كأداة لضبط العينة) على العينتين، الذي أعده السيد محمد خيرى، والذي يقيس الذكاء العام للفرد، وهو يصلح للتطبيق على طلاب المرحلتين الثانوية والجامعية، وله معاملات ثبات تتراوح بين (٠,٨٥، ٠,٨٨)، ومعامل صدقه بلغ (٠,٦٩) عن طريق حساب ارتباطه بمحك خارجي هو اختبار الذكاء الثانوي لإسماعيل القباني.

وقد قام الباحث بحساب ثباته في الدراسة الحالية بطريقة التجزئة النصفية على عينة قوامها (١٢٠) طالبة، فكان معامل الارتباط مساوياً لـ (٠,٨٨). كما حسب معامل الصدق التجريبي للاختبار عن طريق ارتباطه بمحك خارجي وهو اختبار الذكاء المصور لأحمد زكي صالح، فكان معامل الصدق مساوياً لـ (٠,٨٢) وبحساب الفروق بين العينتين باستخدام اختبار (ت) وجد أنها مساوية لـ (٠,٥١) وهذا يعني تجانسهما أيضاً من حيث المستوى العقلي.

شروط ومواصفات العينة:

أ- عينة فاقدات الأم:

لم يكن من السهل العثور على هذه العينة كغيرها من عينات بحوث أو دراسات أخرى، إذ أن الباحث قد عمد إلى أن تكون الفتاة قد فقدت أباها قبل (٣)

سنوات على الأقل من تاريخ التطبيق وهي الفترة التي أسماها "وليم كيلي" بفترة ما قبل المراهقة وهي من سن التاسعة أو العاشرة واستمراراً حتي بلوغ الحلم، أو هي الفترة التي اصطلح على تسميتها بفترة الطفولة المتأخرة(*) وهي الفترة التي تسبق بلوغ الفتاة أو ما يسمي ببداية مرحلة المراهقة.

كذلك روعي أن تكون الأم على قيد الحياة، بمعنى أن تكون الفتاة فاقدة للوالد فقط لا للاثنين، بحثاً عن الدور الكامن للأم والذي لن يكون بارزاً في سياق الدراسة، لكنه حتماً سيكون بارزاً في إظهار المتغيرات السيكولوجية التي قد تميز أو لا تميز بناتها بعد وفاة زوجها. وكذلك روعي ألا تكون الفتاة فاقدة الأب تعيش مع زوج أمها، لأن زوج الأم في أحيان كثيرة قد يحل محل الأب، ومن ثم ينعدم التأثير الذي قد تكشف عنه هذه الدراسة، وبمعني آخر قد يتساوى (معنوياً) أفراد العينتين بأنهما تعيشان مع والدين.

ب ـ عينة غير فاقدات الأب:

روعي في هذه العينة وجود الأب والأم معاً، لمعرفة تأثير وجود الأب على بناته وإلى جواره الأم، وذلك على بعض المتغيرات الوجدانية وبعض سمات الشخصية والقيم، وغير ذلك من متغيرات الدراسة الحالية.

ثانياً: وصف أدوات الدراسة وثباتها وصدقها:

أـ مقياس الوحدة النفسية:

أعد هذا المقياس إبراهيم قشوش الذي قام بجمع عدد من العبارات التي رأي أنها ترتبط بخبرة الإحساس بالوحدة النفسية، وتم الحصول على هذه العبارات من مصدرين أساسيين المصدر الأول يتمثل في الكتابات والآراء النظرية التي تناولت كنة الإحساس بالوحدة النفسية أو ماهيته، والمصدر الثاني يتمثل في المعلومات التي جمعها معد المقياس نتيجة إجراء استفتاء مفتوح

(*) هناك عدد من أفراد العينة فقدن الأب منذ أربع أو خمس سنوات، وهذا يعني أنهن فقدن والدهن في مرحلة الطفولة المبكرة وامتداداً حتى مرحلة الطفولة المتأخرة ومنها حتى بداية المراهقة.

الطرف على مجموعة من المتخصصين في مجالي الصحة النفسية والطب النفسي، وقد تكون المقياس في صورته النهائية من ٣٤ عبارة تتضمن كل عبارة منها أربع استجابات هي: أشعر بما تنطوي عليه العبارة في معظم الأحيان، أشعر بما تنطوي عليه العبارة في بعض الأحيان، أشعر بما تنطوي عليه العبارة نادرا، لا أشعر على الإطلاق بما تنطوي عليه العبارة، مع تخصيص الأرقام (٤، ٣، ٢، ١) لكل من هذه الاستجابات على الترتيب.

صدق المقياس:

حسب صدق المقياس بعدة طرق منها:

١- **صدق البناء أو التكوين:** كان من نتيجته استبعاد البنود غير ذات العلاقة الدالة بالدرجة الكلية على المقياس، مما أسفر في النهاية عن ارتباط عدد (٣٤) عبارة بالدرجة الكلية للمقياس وجميعها تبين أنها ذات معاملات ارتباط موجبة ودالة مع الدرجة الكلية للمقياس.

٢- **الصدق التلازمي:** توصل المقياس إلى البيانات الخاصة بهذا النوع من الصدق عن طريق استخدام مدي شعور الفرد بالوحدة النفسية وقت إجراء المقاييس كمحك لصدق مقياس الإحساس بالوحدة النفسية. وقد تبين أن جميع معاملات الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها أفراد عينة التقنين على محك التقدير المستخدم، ودرجاتهم على كل من البنود المتضمنة في مقياس الإحساس بالوحدة النفسية، دالة عند مستوى (٠,٩٩) من الثقة، مما يعد مؤشراً على صدق ارتباط كل من بنود المقياس والدرجة الكلية عليه بمحك التقدير المستخدم.

٣- **الصدق التمييزى:** حيث استطاع المقياس أن يميز بصورة دالة بين مجموعة من الطلاب ذوي الإحساس بالاكتئاب وبين مجموعة من الطلاب العاديين ومجموعة من الطلاب الذين تلقوا مقرراً اختيارياً في

التوجيه والإرشاد النفسي، مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين المجموعات المتضادة.

ثبات المقياس:

حسب ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق فكان معامل الارتباط (٠,٨٢)، وهو معامل دال عند مستوى (٠,٩٩) من الثقة. (إبراهيم قشوش، ١٩٨٨).

صدق الاختبار وثباته في الدراسة الحالية:

قام الباحث بحساب صدق الاختبار من خلال ما يسمي صدق التعلق بمحك، حيث حسب معامل الارتباط بينه وبين مقياس الشعور بالوحدة وهو من إعداد عبد الرقيب البحيرى، وذلك على عينة قوامها (٥٠) أنثى من العينة الأساسية فكان معامل الارتباط مساوياً لـ(٠,٦٥) وهو دال عند مستوى (٠,٠١).

أما عن ثبات المقياس في الدراسة الحالية فقد تم حسابه بطريقة التجزئة النصفية على ذات العينة، فكان معامل الارتباط مساوياً ٠,٥٨، وهو ما يعني أنه مساوي لـ (٠,٧٣)، وذلك بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان وبراون.

ب ـ اختبار حالة القلق للكبار وسمته:

وهو من وضع "سبيلبرجر"، "وريتشارد ل. جورستش"، "وروبرت ى. لوشين" وقد أعده للعربية "عبد الرقيب أحمد البحيرى". ويشمل الاختبار مقياسين منفصلين يعتمدان على أسلوب التقدير الذاتي، وذلك لقياس مفهومين منفصلين للقلق، الأول: حالة القلق، والثاني: سمة القلق، ويستخدم الاختبار بوصفه أداة بحثية لدراسة ظاهرة القلق لدى البالغين الأسوياء منهم والمرضي المصابين بأمراض نفسية عصبية أو عضوية أو الذين ستجري لهم عمليات جراحية، إلى آخر المواقف الضاغطة التي تثير في النفس البشرية مشاعر القلق.

ويتكون مقياس "سمة القلق" من ٢٠ عبارة يطلب فيها من الأفراد وصف ما يشعرون به بوجه عام، ويتكون مقياس "حالة القلق" من ٢٠ عبارة أيضاً، ولكن تتطلب تعليماته من المفحوصين الاستجابة عما يشعرون به في لحظة معينة من الوقت. ولمقياس "سمة القلق" معايير إحصائية للدرجات الخام لطلاب المدارس والكليات وذلك لمعرفة القابلين منهم للإصابة بالقلق، وأيضاً لتقويم الذين في حاجة منهم إلى الإرشاد بوصفه أداة بحثية للتمييز بين الأفراد الذين يختلفون في استجاباتهم للضغوط النفسية تحت مستويات مختلفة لشدة حالة القلق. أما مقياس "حالة القلق" فيستخدم في العمل الإكلينيكي باعتباره حالة شعورية يخبرها العملاء والمرضى أثناء مواقف التوجيه والعلاج النفسى، أو أثناء العلاج السلوكي، أو في قسم الطب النفسي، وقد يستخدم أيضاً في قياس التغيرات في شدة حالة القلق التي تحدث أيضاً في هذه المواقف، وتشمل الصفات الأساسية المقدرة باستخدام هذا المقياس (حالة القلق) الشعور بالتوتر والنهج العصبي والضيق.وتوقع الشر. والاختبار يطبق بطريقة فردية أو جماعية، كما يمكن أن يقوم الفرد بتطبيقه على نفسه.

ثبات الاختبار وصدقه:

حسبت معاملات ثبات الاختبار في الصورة العربية بثلاث طرق هي:

١- التطبيق وإعادة التطبيق وقد تراوحت الدلالة بين (٠,٠٥، ٠,٠١).

٢- تأكدت النتائج ذاتها عند إعادة ثبات الاختبار على فترات زمنية متفاوتة.

٣- طريقة التجزئة النصفية، التي اتضح.معها أن جميع معاملات الثبات مرتفعة وتدل على الحد الأعلى لثبات الاختبار.

ثبات الاختبار في الدراسة الحالية:

في دراسة سابقة للباحث حسب معامل ثبات الاستقرار للاختبار على عينة قوامها (٤٥) من الذكور، و(٤٥) من الإناث فكانت المعاملات كما يلي:

حالة القلق: كان معامل ثبات الاستقرار لدى الذكور مساوياً لـ (٠,٥٩) وهو دال عند مستوى (٠,٠١)، وبالنسبة لمقياس سمة القلق فكان معامل ثبات الاستقرار مساوياً لـ (٠,٨١) وهو دال عند مستوى (٠,٠١) أيضاً. وبالنسبة للإناث كان معامل ثبات الاستقرار بالنسبة لمقياس حالة القلق مساوياً لـ (٠,٨٨)، وهو دال عند مستوى (٠,٠١)، بينما كان معامل ثبات الاستقرار مساوياً لـ (٠,٧٥) وهو دال أيضاً عند مستوى (٠,٠١).

صدق الاختبار:

حسب صدق الاختبار في الصورة العربية بعدة طرق وهي:

١- صدق المحك حيث حسبت الارتباطات بينه وبين مقياس كاتل للقلق وبعد العصابية من مقياس أيزنك للشخصية (الصورة ب) وقد كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً.

٢- صدق المفردات حيث كانت معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية مرتفعة ووصلت إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

٣- صدق المتغيرات التجريبية التي أكدت على أن المقياس حساس لقياس شدة الحالات النفسية تحت المستويات المختلفة من الظروف الضاغطة.

٤- الصدق العاملي الذي أسفرت نتائجه عن أن "عامل العصابية" هو العامل العام الأول لدى عينة الدراسة.

صدق الاختبار في الدراسة الحالية:

في دراسة سابقة قام الباحث بحساب صدق الاختبار بطريقة صدق التعلق بمحك حيث حسبت معاملات الارتباط بينه وبين قائمة مسح المخاوف "لأحمد عبد الخالق"، ومقياس العصابية من استخبار أيزنك للشخصية إعداد "أحمد عبد الخالق"، ومقياس تايلور للقلق الصريح إعداد "أحمد عبد الخالق"،

وذلك على عينة قوامها ٤٥ ذكر، و٤٥ أنثى، وقد كانت معاملات الارتباط ودلالتها على الترتيب كما يلي:

١- بالنسبة للذكور كان معامل الارتباط بين الاختبار والمقاييس السابق ذكرها مساوياً لـ (٠,٧٦)، (٠,٧٢)، (٠,٧٧)، وكلها دالة عند مستوى (٠,٠١)، وذلك بالنسبة لمقياس سمة القلق، أما مقياس حالة القلق فقد كانت معاملات الارتباط مساوية لـ (٠,٦٨)، (٠,٥٦)، (٠,٦٤) وكلها دالة أيضاً عند مستوى (٠,٠١).

بالنسبة للإناث كانت معاملات الارتباط مساوية لـ (٠,٨١)، (٠,٧٨)، (٠,٧٣) وكلها دالة عند مستوى (٠,٠١)، وذلك بالنسبة لمقياس "سمة القلق"، أما "حالة القلق" فقد كانت معاملات الارتباط مساوية لـ(٠,٧٠)، (٠,٦٣)، (٠,٦٨)، وهي أيضاً دالة عند مستوى (٠,٠١).

جـ مقياس البروفيل الشخصي:

البروفيل الشخصي هو مقياس للشخصية، وضعه في الأصل ل. ف. جوردن Leonard V. Gordon وقام باقتباسه وإعداده للعربية "جابر عبد الحميد جابر"، "وفؤاد أبو حطب". وهذا الاختبار يزودنا بقياسه لأربعة جوانب للشخصية لها أهميتها في الأعمال اليومية بالنسبة للشخص السوي وهي:

أ- السيطرة.

ب- المسئولية.

ج- الاتزان أو الثبات الانفعالي.

د- الاجتماعية.

وهذه الجوانب الأربعة مستقلة نسبياً، وهي جوانب ذات أهمية سيكولوجية اتضحت أهميتها في تحديد توافق الفرد وفاعليته في كثير من المواقف الاجتماعية والتربوية والصناعية، والمقياس مناسب للاستخدام مع طلاب المدارس الثانوية والجامعة ومع جماعات الراشدين. ويتكون البروفيل

من ١٨ مجموعة من العبارات الوصفية تشتمل كل مجموعة على أربعة عبارات، وتمثل كل عبارة إحدى سمات الشخصية الأربع، جملتان من الأربعة تتشابهان من حيث أن لهما قيمة تفضيلية عالية، أي أن الأفراد العاديين يعتبرونهما متساويتين في الاشتهائية الاجتماعية، والجملتان الأخيرتان متساويتان في القيمة التفضيلية المنخفضة. ويطلب من المفحوص أن يضع علامة على جملة من الجمل الأربع تشبهه بأكبر درجة، وعلى جملة أخري باعتبارها تشبهه بأقل درجة، وبناء على ذلك فإن هذا الأسلوب من الاختيار الإجباري يتيح للأفراد أن يرتبوا الجمل الأربعة في ثلاث رتب، وهم لا يستطيعون أن يستجيبوا استجابة قبول لجميع العبارات كما يحدث في مقاييس التقرير الذاتي المألوفة، ويترتب على هذا التنظيم أن البروفيل بالمقارنة بالاستخبارات التقليدية أقل قابلية للتشويه من قبل الأفراد الذين يحاولون أن يعطوا صورة طيبة عن أنفسهم.

ثبات الاختبار وصدقه:

حسبت معاملات ثبات المقاييس الأربعة للبروفيل الشخصي بطريقة إعادة الاختبار على عينة من طلاب الدبلوم الخاص بكلية التربية، وقد تبين أن معاملات الثبات كانت مرضية حيث تراوحت بين (٠,٦٧)، (٠,٧٨)، كما قام معدا المقياس بدراسة على عينة من طالبات السنة الأولي بكلية البنات أسفرت عن نتائج تدعم الصدق التكويني للمقياس. وفي دراسة أخري على عينة من خريجات معاهد التربية الرياضية (ن = ٥) ومثلها من خريجات معهد الخدمة الاجتماعية، اتضح أن خريجات الخدمة الاجتماعية قد حصلت على درجة عالية في الاجتماعية، وأن الفرق بين العينتين كانت له دلالة إحصائية عالية على مستوى (٠,٠١)، وهذا يعني الصدق التمييزي للمقياس نظراً لاختلاف طبيعة عمل هاتين العينتين في مجالات العلاقات الإنسانية والخدمة الاجتماعية.

وعلى الرغم من أن المقياس منذ إعداده للعربية استخدم في دراسات عديدة أثبتت تمتعه بقدر عال من الثبات والصدق يمكن الوثوق بهما والاعتماد عليهما، إلا أن الباحث في الدراسة الحالية قام بحساب ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادته بفاصل زمني مقداره أسبوعان وعلى عينة قوامها (٥٠) أنثي من العينة الأصلية، فكان معامل الارتباط بين التطبيقين مساوياً لـ (٠,٦٨)، وهو معامل دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

د- مقياس القيم الفارق:

وضع هذا المقياس في الأصل ر. برينس (R. Prince)، وقد أعده للعربية جابر عبد الحميد جابر، والاختبار يتكون من (٦٤) زوجاً من العبارات تدور حول أشياء قد يري الفرد أن من الواجب عملها أو الشعور بها، ويتكون كل عنصر من الأربع وستين من عبارتين وعلى المجيب أن يختار واحدة منهما، إحداهما تمثل قيمة أصلية أو تقليدية، والأخري تمثل قيمة عصرية أو منبثقة. وهذا يعني أن المقياس يفرق بين نوعين من القيم هما القيم التقليدية أو الأصلية، والقيم المنبثقة أو العصرية، ويضم كل نوع من هذه القيم أربعة تقسيمات موزعة على النحو التالي:

١- أخلاقيات النجاح في العمل (قيمة تقليدية أو أصلية) ويقابلها قيم الاستمتاع بالصحبة والأصدقاء (قيمة منبثقة أو عصرية).

٢- الاهتمام بالمستقبل (قيمة تقليدية) ويقابلها الاستمتاع بالحاضر (قيمة عصرية).

٣- استقلال الذات (قيمة تقليدية) ويقابلها مسايرة الآخرين (قيمة عصرية).

٤- التشدد في الخلق والدين (قيمة تقليدية) ويقابلها النسبية والتساهل (قيمة عصرية).

وللمقياس مفتاح تصحيح خاص بكل متغير أو مقياس فرعى، وكذلك للدرجة الكلية.

ثبات المقياس وصدقه:

قام معد الاختبار بحساب ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق على عينة قوامها (٣٤) طالباً فبلغ معامل الارتباط بين التطبيقين (٠,٨٩)، وهو معامل دال إحصائياً، كذلك فقد حسب ثبات الاختبار بطريقة التجزئة النصفية في دراسة (سهام أحمد، ١٩٨١)، فكان معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان وبراون بعد التصحيح مساوياً لـ (٠,٨٧) وهو أيضاً دال إحصائياً، كذلك حسب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق في دراسة (طلعت الحامولي، ١٩٩٧) حيث بلغ معامل الثبات (٠,٧٩)، وهو معامل دال إحصائياً.

ثبات المقياس في الدراسة الحالية:

وفي الدراسة الحالية حسب ثبات المقياس على عينة قوامها (٥٠) أنثي من عينة الدراسة بطريقة التجزئة النصفية فكان معامل معادلة سبيرمان وبراون على التوالي كما يلي: (٠,٦٨)، (٠,٧٢)، (٠,٧٤)، (٠,٧٧)، (٠,٨١)، وهي معاملات دالة إحصائياً.

وفيما يتعلق بصدق المقياس قام معد المقياس (١٩٧٧) بحساب صدق المضمون للمقياس، وكذلك قامت (سهام أحمد، ١٩٨١) بحساب الصدق الذاتي للمقياس، والذي بلغ (٠,٩٣)، كما قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب الصدق الذاتي للمقياس والذي بلغ (٠,٩٠). وهو معامل ذو دلالة إحصائية.

هـ- مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب:

أعد هذا المقياس للعربية (رشاد علىعبد العزيز موسى)، وهو في الأصل من تأليف وليام و. ك. زونج WilliamW. K. Zung الذي أشار إلى أن هناك حاجة ملحة لقياس الاكتئاب في صوره المختلفة سواء أكان أثراً، أم عرضاً، أم اضطراباً بصورة مبسطة متخصصة. والسبب في هذا كما يري أن معظم المقاييس المقاسة اليوم لم تقس الاكتئاب كاضطراب نفسي طبي بصورة جيدة، كما أنها غير ملائمة للعديد من الأسباب مثل طول المقياس والزمن

المطلوب للتطبيق خاصة عند استخدامه أو تطبيقه على مريض مكتئب يعاني من صعوبات حركينفسية Psychomotor (الخاص بالعمل العضلي الناشيء مباشرة عن عملية عقلية)، كما أن هناك سبباً آخر هو أن بعض المقاييس لا تطبق بواسطة المفحوص ذاته، ولكنها تعتمد على التفسير الذي يقدمه القائم بالمقابلة.

وقد كان اهتمام "زونج" في المقام الأول هو قياس الاكتئاب لدى المرضي الذين يعانون من التشخيصات الأولية من الأمراض الاكتئابية، على أن يكون المقياس قصيراً ومبسطاً، وكمياً وليس نوعياً، ويطبق عن طريق المفحوص ذاته ويشير إلى استجابة المريض الخاصة أثناء تطبيق المقياس. وقد مر تصميم المقياس بخطوتين رئيسيتين، أولهما: استخدامات محك التشخيص الإكلينيكي من أجل الوصول إلى الخصائص الاكتئابية، وهذه الخصائص هي: أثر الانتشار أو التعميم، والحالات المصاحبة الفسيولوجية Physiological concomitants، والحالات المصاحبة النفسية Psychological Concomitants. وبعد تحديد هذه المحكات التشخيصية كان الهدف من الخطوة الثانية بناء مقياس يحتوي على هذه الأعراض. والمقياس يصلح للتطبيق الفردي والجمعي، وتحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات توضح طريقة الإجابة كما أنه يتكون في صورته النهائية من عشرين عبارة (عشر عبارات مصاغة بطريقة موجبة، وعشر عبارات مصاغة بطريقة سالبة) ولكل درجة خام يحصل عليها الفرد درجة تقابلها من الدرجات التائية المعدلة.

ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس بطريقة معامل ألفا لكرونباخ على (٥) عينات، وكان قوام كل عينة موزعاً على النحو التالي (٤٠، ٣٠، ٥٠، ٦٠، ٥٠)، فكانت معاملات الثبات بطريقة ألفا كما يلي: (٠,٧٩، ٠,٧٦، ٠,٧٣، ٠,٧٧، ٠,٨٠) وهي جميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

صدق المقياس:

حسب صدق المقياس بطريقة الصدق التلازمي، وذلك عن طريق تطبيقه مع المقاييس التالية: مقياس الانقباض (لويس كامل، ١٩٦٦) ومقياس بك للاكتئاب (الصورة الأصلية)، ومقياس بك للاكتئاب (الصورة المختصرة) من إعداد غريب عبد الفتاح غريب (١٩٨٥) على عينة قوامها ٣٠ طالباً من كلية التجارة بجامعة الأزهر، وعلى عينة أخري مكونة من ٨٠ طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية بجامعة عين شمس وكانت النتائج كما يلي: بالنسبة للعينة الأولي كانت معاملات الارتباط بين مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب والمقاييس الثلاثة الأخري مساوية لـ (٠,٧٥، ٠,٧٩، ٠,٧٤)، وكلها دالة عند مستوى (٠,٠١)، وبالنسبة للعينة الثانية: كانت معاملات الارتباط على التوالي كما يلي (٠,٧٣، ٠,٧٦، ٠,٧٢) وكلها معاملات دالة عند مستوى (٠,٠١).

يتضح مما سبق أن مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب يتمتع بخصائص سيكومترية مرضية من حيث الصدق والثبات خصوصاً وأنه استخدم لدى معده للعربية في أكثر من (١٠) دراسات تالية وتنوعت فيه استخدامات طرق أخري من الثبات والصدق.

ثالثاً: تطبيق أدوات الدراسة:

استغرقت إجراءات تطبيق أدوات الدراسة على عينتي الدراسة ثلاثة فصول دراسية نظراً للاعتبارات السابق ذكرها مثل طبيعة العينة، والشروط التي وضعت لاختيارها، وكذلك تعدد أدوات الدراسة. ولعل البحث عن هذه العينة وبهذه المواصفات هو ما أطال مدة التطبيق، كما أن عدد المدارس التي استطاع الباحث أن يحصل منها على أفراد عينته كان كبيراً. وقد ساعده على ذلك السادة مديرو المدارس ونظارها والاخصائيون الاجتماعيون والنفسيون بها حيث مكنوا الباحث من التطبيق بعد الإطلاع على البيانات الخاصة بسجلات المدارس المدون بها أسماء الطالبات فاقدات الأب، أو من يعرفون عنهن أنهن فاقدات الأب من واقع التعامل مع إدارة المدرسة.

هذا وقد كان التطبيق يتم بشكل فردي نظراً لظروف العينة لتعدد وتنوع الأدوات المستخدمة في الدراسة.

تاسعاً: الأساليب الإحصائية:

استخدمت في الدراسة الحالية الأساليب الإحصائية الآتية:

١- المتوسط الحسابي.

٢- الانحراف المعياري.

٣- اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

عاشراً: نتائج الدراسة ومناقشتها:

في ضوء مشكلة الدراسة والأسئلة التي تطرحها والفروض التي تقوم عليها، والأساليب الإحصائية المستخدمة للتحقق من صحة الفروض، جاءت نتائج الدراسة على النحو التالي:

الفرض الأول:

نص الفرض الأول على وجود فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيرات الوحدة النفسية، والتقدير الذاتي للاكتئاب، والقلق كسمة، والقلق كحالة لصالح فاقدات الأب. والجدول التالى يوضح نتيجة هذا الفرض:

جدول رقم (١)

يوضح نتائج اختبار (ت) بين عينتي البحث في متغيرات الوحدة النفسية والتقدير الذاتي للاكتئاب والقلق كسمة والقلق كحالة

العينة / المتغيرات	فاقدات الأب		غير فاقدات الأب		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوحدة النفسية	٧٧,٤٣	١٥,٣٢	٧٢,٣٦	١٧,٢٥	٢,٢٩	٠,٠٥
التقدير الذاتي للاكتئاب	٤٤,١٣	٩,٧٥	٣٩,٥٠	٨,٠٣	٣,٨٣	٠,٠١
القلق كسمة	٤٦,٧٧	٩,٩٨	٤٥,٧٢	٨,١٥	٠,٨٥	غير دال
القلق كحالة	٤٦,٣٣	٩,٠٤	٤٢,٢٥	٨,٥٢	٣,٤٣	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات الإناث فاقدات الأب أكبر من متوسطات الإناث غير فاقدات الأب على المتغيرات الأربعة، وأن الفروق في المتوسطات كانت دالة عند مستوى (٠,٠٥) بالنسبة لمتغير الوحدة النفسية، كما كانت دالة عند مستوى (٠,٠١) بالنسبة لمتغيري التقدير الذاتي للاكتئاب والقلق كحالة، بينما لم تكن دالة بالنسبة لمتغير القلق كسمة، وبهذا يكون الفرض قد تحقق بنسبة كبيرة.

مناقشة نتيجة الفرض الأول:

أولاً: بالنسبة لمتغير الوحدة النفسية:

أسفرت نتيجة الفرض الأول في أحد جوانبها عن تمايز فاقدات الأب بالإحساس بالوحدة النفسية وهذا يعني أن وفاة الأب أثناء فترة الطفولة المتأخرة وما تلاها قد تركت بصماتها السلبية عليهن، قد جعلتهن - كما يتضمن المتغير - يعانين من وجود فجوة نفسية باعدت بينهن وبين أشخاص وموضوعات مجالهن النفسي إلى الدرجة التي شعرن معها بافتقاد الحب والتقبل والتواد من جانب الآخرين، بحيث ترتب على ذلك حرمانهن من أهلية الانخراط في علاقات مثمرة ومشبعة مع أي أشخاص وموضوعات الوسط الذي يعشن فيه، ويمارسن دورهن من خلاله(*).

إن سلوكهن أشبه بالسلوك الانطوائي، فهو ليس عرضاً مرضياً بقدر ما هو سلوك من خصائصه، أنه يجنح إلى العزلة، والانسحاب الاجتماعي، وعدم إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين. إن ميلهن للوحدة النفسية مقارنة بغيرهن ممن لم يفقدن آبائهن يعني من بين ما يعني أنها - أي الوحدة - قد فرضت عليهن فرضاً، والفرض هنا هو موت الأب ومفارقته للدنيا ولهن، وتركهن يواجهن مصيرهن بدونه. والوفاة في حد ذاتها قد يترتب عليها مفارقات كثيرة

(*) يؤكد هذا ما سيرد ذكره فيما بعد عند مناقشة باقي الفروض، أنهن يبتعدن عن الاجتماعية، ومخالطة الناس، أو الاتصال بهم.

وغريبة بل وشاذة وغير مقبولة في بعض الأحيان، فقد يتنكر لهن أقرب الأقربين من الأهل والأقارب والأصدقاء، الذين كانوا يترددون على أسرتهن ويملأون حياتهن في وجود الأب، ثم بعد الوفاة تتبدل كثير من الأمور-، وينسحب هؤلاء الناس من حياتهن شيئاً فشيئاً حتي يجدن أنفسهن في مواجهة معترك الحياة بمفردهن، بعد أن كان بعضهم يلتمس ودهن والتقرب إليهن في وجود الأب، لكن هيهات أن يستمر هذا طويلاً، ويكون لزاماً عليهن مواجهة وحدة فرضت عليهن، بل ومواجهة ظروف لم يحسبن لها حسباناً، ظروف قد تكون مادية أو معنوية سيئة، والأخيرة هي أقسي ما يمكن أن تواجهه فتاة في بداية سن الطفولة المتأخرة.

إن موت الأب وفقدانه وهن في مرحلة هامة من مراحل حياتهن، ألا وهي مرحلة الطفولة المتأخرة ومروراً بمرحلة المراهقة، قد يصحبه بالضرورة فقدان الاهتمام بأي شئ وعدم الرضا الناتج من إحباط أهم حاجة من حاجتهن الطبيعية البشرية – كما يري الباحث – وهي الحاجة إلى الأمن الأبوي. بل إن إحساسهن بالوحدة إذا وصل إلى حد معين – بأن اضطررن إلى العيش في عزلة – فإن هذا قد يجرهن أو يدفعهن إلى دوامة الانهيار العصبي.

وأخيراً تجدر الإشارة إلى أنه إذا كانت الوحدة النفسية هي إحدي الأعراض المصاحبة للاغتراب الذي قد يعني في بعض حالاته الشديدة انفصال الفرد عن نفسه، كما أن حياته النفسية تختل ومعاييره تهتز، فهل يمكن القول أن تأثير غياب الأب بالوفاة قد يمتد إلى المدي أو الحد الذي يؤثر فيه على بناته بأن يشعرهن بالاغتراب الذي قد يصل إلى حد أن يكون الفرد في جانب ونفسه في جانب آخر؟ وبمعني آخر هل تؤثر وفاة الأب إلى حد أن يكون هناك انفصال بين الروح والجسد؟ أو إلى حد الاضطراب النفسي واهتزاز المعايير والقيم؟ وهل هذا عرض دائم أو مؤقت؟ ومن ناحية أخري هل ينطبق هذا على كل الفتيات فاقدات الأب أو ينطبق هذا فقط على عينة الدراسة الحالية؟ وهل

يحدث هذا إذا مات الأب وبناته في سن متأخرة؟ أسئلة كثيرة نأمل الإجابة عليها في دراسات تالية.

وحسب حدود علم الباحث، لم يجد دراسة سابقة تناولت دراسة هذا البعد النفسي لدى فاقدات الأب على وجه الخصوص، مما يأمل معه الباحث أن تكون هذه الدراسة إضافة جديدة في مجال البحث السيكولوجي لدى تلك العينة من ذات الفئة العمرية التي تناولتها الدراسة الحالية.

ثانياً: بالنسبة لمتغيرات التقدير الذاتي للاكتئاب:

إذا كانت نتيجة الفرض الأول قد أكدت في أحد جوانبها على أن فاقدات الأب أكثر إحساساً بالوحدة النفسية من غير فاقدات الأب، فقد أكدت أيضاً في أحد جوانبها على تميز فاقدات الأب بخصائص وأعراض ما يسمي باسم التقدير الذاتي للاكتئاب، والتي تعني تمايزهن ببعض الخصائص الاكتئابية التي تتمثل في شعورهن بالاكتئاب والحزن واليأس، كما أنهن يشعرن أو تنتابهن نوبات من البكاء (رهافة مشاعر)، كما تبرز لديهن بعض الحالات الفسيولوجية الناجمة عن شعورهن بالاكتئاب، وهذه الحالات تتمثل في تعرضهن للاضطرابات المتكررة مثل التقلب اليومي ما بين الليل والنهار مع ازدياد أعراض هذا الاضطراب ليلاً على وجه الخصوص، وكذلك اضطراب النوم فلا ثبات في الاستيقاظ، وأيضاً فقدان الشهية والوزن، مع نقصان الشهوة الجنسية، واضطرابات أخري تتمثل في الإمساك وخفقان القلب، كذلك فإن من الخصائص الاكتئابية التي يتضمنها المتغير النشاطات النفس حركية التي تتضمن الاهتياج والإثارة والشعور بالإعاقة. وأخيراً إحساسهن بالفزع واليأس والتردد والارتباك(*) وعدم الرضا والتفكير المستمر في الانتحار.

والنتيجة بهذا الشكل لا تعني تعرضهن للاكتئاب المرضي أو الإكلينيكي الذي عادة ما يتميز بأربع خصائص هي: أنه أكثر حدة ويستمر لفترة

(*) هذا مرتبط بعدم الثبات الانفعالي كما سيرد فيما بعد.

طويلـة، كمـا أنـه يعـوق الفـرد بدرجـة جوهـرية عـن أداء نشـاطاته وواجباته المعتادة، كما أن الأسباب التي تثيره قد لا تكون واضحة بل إن النتيجة تعني أنهن أكثر عرضة من غيرهن بزملة من الأعراض الاكتئابية منها الانهباط والكدر، وضعف مستوى النشاط الحركي والخمول، والشعور بتثاقل الأعباء والشكاوي الجسمية والآلام العضوية مع توتر العلاقات الاجتماعية، ومشاعر الذنب واللوم المرضي للنفس والإدراك السلبي للبيئة.

وتتفق النتيجة السابقة مع نتائج بعض الدراسات السابقة، فقد أكدت دراسة "بارنس وبروسون" (Parnes & Proson, 1985) على أن فاقدات الأب أكثر اكتئاباً، كما أكدت ذلك أيضاً دراسة (رشدي عبده، ١٩٨٧)، ودراسة (رشاد موسى، ١٩٩٣) التي أوضحت أن وفاة الوالدين أو أحدهما وبالتالي وفاة الأب تسبب العديد من الأعراض الاكتئابية، وهي ذات الأعراض السابق الإشارة إليها. وأيضاً أكدت دراسة "رونالد وجاكلين" (Ronald and Jacqueline, 1996) على أن وفاة الأب تسبب مشاكل اكتئابية.

بقيت نقطة ينبغي الإشارة إليها وهي لا تتعلق هذه المرة بوفاته وغيابه الدائم عن بناته، بل تتعلق بغيابه سواء بالطلاق أم بالهجر والابتعاد، الأب في هذه الحالة على قيد الحياة، لكنه غير دائم الوجود مع بناته، وهذا الغياب يسبب صراعاً نفسياً وإحساساً بالضياع والنبذ كما في دراسة (عزة الألفى، ١٩٨٦)، وفي دراسة "بيرتي وديفيتوريو" (Peretti and DiVittorio, 1992) تبين أن غيابه يشعر بناته بالاغتراب، وأنهن مهجورات، ومتخلي عنهن، وفي دراسة كل من "ميشيل وجون" (Michael and John, 1992) ودراسة "دينيس وإميلي وكيفين" (Denise; Emily and Kevin, 1994) تبين أنهن أكثر اكتئاباً.

أما من فقدن الوالدين فلا يختلف الحال كثيراً لديهن، فهن أكثر بؤساً وشقاءً من ذويهن اللائي لم يفقدن والديهن. كل هذا أكدت عليه دراسات كل من (سميرة ابراهيم،١٩٨٣؛ وفاتن أبو صباع، ١٩٩٢؛ والمتولي ابراهيم، ١٩٩٣).

ثالثاً: بالنسبة لمتغيري القلق كسمة والقلق كحالة:

كما أكدت نتيجة الفرض على أن متوسطي درجتي القلق كسمة و القلق كحالة كانت أكبر لدى عينة فاقدات الأب غير أن الفرق في المتوسط لم يكن دالاً بالنسبة لمتغير القلق كسمة، بينما كان دالاً عند مستوى (٠,٠١) بالنسبة لمتغير القلق كحالة.

وقبل أن نتعرض لتفسير هذه الجزئية من نتيجة الفرض، يهم الباحث أن يلقي الضوء أكثر على مفهومي القلق كحالة وكسمة، لما له من دور بارز في النتيجة السابق الإشارة إليها، كما يهمه أيضاً أن يوضح العلاقة بين مفهومي القلق كحالة و القلق كسمة، فهما على الرغم من اختلافهما من الناحية المنطقية، إلا أنهما يعتبران من المفاهيم البنائية المرتبطة معاً. وأنه مع تميز هذين المفهومين، إلا أنهما استخدما من قبل بعض الباحثين ـ كما يري سبيلبرجر ـ بطريقة أدت إلى كثير من الغموض و الخلط بينهما.

ولكي نفسر معني ارتباطها بنائياً معاً، مع تميزها في الوقت ذاته نشير إلى أن سمة القلق لا تظهر مباشرة في السلوك بل قد تستنتج من تكرار ارتفاع حالة القلق وشدتها لدى الفرد على امتداد الزمن، وحالة القلق ـ وهي استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر تتضمن التوتر والعصبية والانزعاج ـ تحدث عندما يدرك الشخص أن منبهاً أو موقفاً ما قد يؤدي إلى ايذائه أو إحاطته بخطر من الأخطار وأنها ـ حالة القلق ـ تختلف من حيث شدتها، وتتغير عبر الزمن لتكرار المواقف العصبية التي يصادفها الفرد، وعلى الرغم من أنها مؤقتة وسريعة الزوال فإنها غالباً ما تتكرر بحيث تعاود الفرد عندما تثيرها منبهات ملائمة، وقد تبقي كذلك زمناً إضافياً إذا استمرت الظروف المثيرة لها. وبمعني آخر يمكن اعتبار أن العلاقة بين حالة القلق وسمة القلق مناظرة للعلاقة بين الطاقة الحركية والطاقة الكامنة إذ تشير حالة القلق (مثل الطاقة الحركية) إلى الاستجابة أو العملية التي تحدث الآن وبدرجة معينة من الشدة. أما سمة

القلق (الطاقة الكامنة) فتشير إلى اتجاه كامن لحدوث استجابة من نوع معين إذا استثيرت بمثيرات مناسبة. وهي - سمة القلق - تعكس بقايا خبرات ماضية تحدد بشكل ما الفروق في الميل إلى القلق، أي في الاتجاه لرؤية بعض أنماط المواقف كشيء خطر، والاستجابة لها "بحالة القلق".

وأخيراً فمن أهم خصائصها أنها سمة مزاجية أحادية البعد على خط متصل يبدأ من سمة القلق المنخفض وينتهي عند سمة القلق العالية، وأنها موجودة عند جميع الناس بمستويات منخفضة، وأنها استعداد سلوكي يكتسب في الطفولة المكبرة والمتوسطة ويظل ثابتاً نسبياً عند الفرد في مراحل الحياة التالية.

وبعد هذا التوضيح الذي رأى الباحث أنه أمر لابد منه، أمر كان وراءه الاعتقاد عند صياغة الفرض، أن فاقدات الأب أكثر عرضة للقلق، خصوصاً حالة القلق التي تمتد معهن مع تكرار المواقف التي يتعرضن فيها للقلق وما أكثرها، فهن يتعرضن للقلق في المدرسة ومع الزميلات ومع الأهل والأقارب وغير ذلك، بل وفي أغلب المواقف التي تتطلب وجود الأب، وهو غير موجود. من هنا تكون الفتاة فاقدة الأب في حالة متكررة من التوتر والعصبية، وذلك لتكرار المواقف العصبية التي تتطلب منها استجابة مناسبة غالباً ما تكون انفعالية. ومع استمرارية الظروف المثيرة، وارتفاع حالة القلق، تظهر سمة القلق في السلوك.

غير أن النتيجة التي أسفر عنها الفرض الأول أكدت على أن الفرق كان دالاً في حالة القلق فقط، مما يعني أنهن يتّسمن بحالة القلق، وأنهن يدركن - شعورياً - داخلياً أن هناك ما يمكن أن يؤدي إلى تعرضهن للإيذاء أو للخطر، والرأي لدى الباحث أن الأمر لا يتوقف على اتصافهن بحالة القلق، فالخطر أو الإيذاء لا يمكن وصفه سوى بأنه إيذاء معنوي، نفسي، وهو من أشد أنواع

الضرر الذي يمكن أن يصيب الإنسان ويمكن أن يعرقل الكثير من أمور حياته. بل ويمكن أن يؤدي إلى اضطرابه نفسياً.

إن الخبرات الماضية، الخبرات المرتبطة بفقدان الأب وتأثيرها على فاقدات الأب، تربض كامنة في اللاشعور، وتحركهن نحو القلق باستمرار، وكل خبرات الماضي المؤلمة، المرتبطة بالحرمان من الأب والحاجة الشديدة إليه، التي تكتسب في مرحلة الطفولة خصوصاً من بداية مرحلة الحرمان من الأب، كل هذا يجعلهن أعلى قلقاً، بل تتميز استجابتهن بأنها تكون عالية في كل موقف من المواقف التي يتعرضن فيها للضغوط والتوتر الانفعالي، وما أكثر هذه المواقف. إنهن – حسب اعتقاد الباحث – في حالة قلق دائم، في أي وقت يقاس فيه القلق لديهن، ومن ثم يتصفن بالقلق كسمة سافرة في سلوكهن، بل ومميزة لشخصيتهن، وأنهن يختلف كماً وكيفاً في حالتي القلق كسمة وكحالة.

وربما يؤيد هذا – حسب اعتقاد الباحث – ارتفاع متوسط سمة القلق لديهن مقارنة بمن لم يفقدن والدهن، إن حرمانهن من الأب، قد أثر على درجة استقرارهن النفسي، صحيح أنه استعداد، لكنه قد ينبئ بأنه ربما يتحول، فيجعلهن كالعصابيين (المضطربين نفسياً)، فيملن إلى إدراك العالم باعتباره خطراً يهدد حياتهن، كما قد يجعلهن يخبرن الأرجاع الخاصة بحالة القلق، وهي أراجع ذات شدة مرتفعة وتكرار مرتفع عبر الزمن. وليس هذا بمستبعد، فهن أكثر إحساساً بالوحدة النفسية وأكثر اكتئاباً، وأكثر قلقاً، بل هن – كما سيأتي فيما بعد – أقل من حيث الثبات الانفعالي ومن حيث الاتصال بالآخرين وإقامة جسور متينة من العلاقات معهم.

بقيت نقطة في هذا الصدد، نصيغها على شكل سؤال أو عدة أسئلة وهي: هل مع تقدم عمرهن وتغير حياتهن (بالزواج مثلاً) تزول حالة القلق لديهن، خصوصاً وأنهن قد يجدن في الزوج (كمثال فقط) ما قد يعوضهن فقدان والدهن، بما قد يمثله الزوج من حب وحنان وعطف وعطاء؟

هل مع تقدمهن في مراحل حياتهن العلمية وتحقيق إنجازات ونجاحات علمية ملموسة، إلى درجة أن حققن فيها قدراً لا بأس به من ارتفاع مفهوم وإدراك الذات، ومع خبرتهن في مواجهة الضغوط والتوتر والتهديدات التي كانت تعترض حياتهن في فترة الطفولة، يمكن أن يقلل أو يخفض نسبة القلق لديهن فلا تكون بينهن وبين غير فاقدات الأب فروق في حالة القلق وسمته؟

الأسئلة كثيرة، لكنها تثير موضوعاً ليت الباحث يستطيع أن يحققه في المستقبل إذا تحققت له دراسة موضوع سمة القلق وحالته على ذات العينة بعد متابعتهن في حياتهن فيما بعد.

وحسب حدود علم الباحث، لم يجد دراسة سابقة تناولت دراسة هذين البعدين (القلق كحالة والقلق كسمة) المتعلقين بالقلق لدى عينة من فاقدات الأب منذ مرحلة الطفولة المتأخرة وتأثيرها عليهن فيما بعد عندما يصلن إلى مرحلة المراهقة. غير أن هناك دراستين فقط أشارتا إلى تميز فاقدات الأب بسمة القلق، وهما دراسة (رشدي عبده، ١٩٨٧)، ودراسة "رونالد وجاكولين" (Ronald and Jacqueline, 1996).

وبالنسبة لفاقدات الأب بغير الوفاة كالطلاق والهجر، تؤكد دراسة "دينيس وإميلي وكيفين" (Denise; Emily, and Kevin, 1994) على أن فاقدات الأب من الأطفال (الذكور والإناث) يعانون من اضطرابات القلق.

الفرض الثاني:

نص الفرض الثاني على وجود فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في ثلاثة من متغيرات القيم وهي: أخلاقيات النجاح في العمل، والاهتمام بالمستقبل، واستقلال الذات لصالح فاقدات الأب. والجدول التالى يوضح نتيجة الفرض:

جدول رقم (٢)

يوضح نتائج اختبار (ت) بين عينتي البحث في متغيرات

أخلاقيات النجاح في العمل والاهتمام بالمستقبل واستقلال الذات

العينة / المتغيرات	فاقدات الأب		غير فاقدات الأب		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
أخلاقيات النجاح في العمل	١٠,٤	٣,٢	٨,١	١,٨	٦,٥٤	٠,٠١
الاهتمام بالمستقبل	٨,٩	٢,٦	٨,٨	٣,٤	٠,٢٤	غير دال
استقلال الذات	٩,٩	٢,٩	٧,٨	٢,٢	٦,٠٢	٠,٠١

بالنظر في جدول (٢) يتبين أن متوسطات الإناث فاقدات الأب أكبر من متوسطات الإناث غير فاقدات الأب في متغيرات أخلاقيات النجاح في العمل، والاهتمام بالمستقبل، واستقلال الذات. وأن الفروق في المتوسطات كانت دالة عند مستوى (٠,٠١) بالنسبة لمتغيري أخلاقيات النجاح في العمل، واستقلال الذات، بينما لم تكن بالنسبة لمتغير الاهتمام بالمستقبل وهذا يعني أن الفرض قد تحقق جزئياً.

مناقشة نتيجة الفرض الثاني:

أولاً: بالنسبة لمتغيري أخلاقيات النجاح في العمل واستقلال الذات:

أوضحت نتيجة الفرض الثاني ـ وفقاً لمتغيري أخلاقيات النجاح في العمل واستقلال الذات ـ أن فاقدات الأب يتميزن بأنهن يعلين من قيم النجاح في العمل ويرين أن من واجبهن إحراز مركز متقدم أعلى مما حقق والدهن (المتوفى). والعمل لديهن ليس ترفيه أو تسلية، بل هن يعملن باجتهاد وعلى نحو أفضل من الأخريات اللاتي يعشن في كنف الوالدين. كما أن النتيجة بهذا الشكل تعني ميلهن للإنجاز، والسعي لما يجعلهن ناجحات في حياتهن، وهن يتميزن بالطموح. كما أن النتيجة أيضاً تعني أنهن يأخذن الحياة بجدية، ولا يملن إلى الاستمتاع بالصحبة والأصدقاء، مما يشير إلى أنهن يفضلن الوحدة، وهذا يرتبط بالنتيجة السابقة الخاصة بالفرض الأول، ونتيجة لاحقة تتعلق بالاجتماعية وهو ما سيأتي الحديث عنها في حينه عند مناقشة نتائج الفرض الخامس.

ويرتبط بالنتيجة السابقة استقلال ذواتهن مقارنة بمن لم يفقدن آباءهن، فهن لا يسايرن الأخريات، غير تابعات لأحد، يعملن باجتهاد، وعملهن خارج عن المألوف، ولهن ما يميز شخصيتهن سواء من الناحية الدينية أم السياسية، أعمالهن تتميز بالفردية ومعظم وقتهن يكون في العمل، لا يعبأن بآراء غيرهن ويشعرن أنهن يجب أن يكن دائماً طموحات.

ونضيف لما سبق أنه إذا كانت القيم عبارة عن الأحكام التي يصدرها الفرد بالتفضيل أو عدم التفضيل للموضوعات أو الأشياء وذلك في ضوء تقييمه أو تقديره لهذه الموضوعات أو الأشياء ، وإذا كانت هي موضوعات الاتجاهات وتعبر عن دوافع الإنسان وتمثل الأشياء التي نوجه رغباتنا واتجاهاتنا نحوها، فإن هذا يعني أن فاقدات الأب يفضلن القيم التقليدية التي من أبرزها التميز بأخلاقيات النجاح في العمل، وما يرتبط بها من استقلال ذواتهن، كما أنه إشارة إلى السلوك أو النشاط الذي له مبرراته من قبلهن وذلك بناء على المعايير التي تعلمنها من الجماعة - أغلب الظن هنا أنها الأم في المقام الأول - وخبرتها في حياتهن المعاشة في علاقتهن المختلفة من خلال الثواب والعقاب - من قبل من يقوم بالتربية محل الأب الذي مات - ودرجة الإشباع لحاجتهن المادية والمعنوية المختلفة.

إن اتجاهاتهن تنزع نحو تفضيل القيم الصالحة الإيجابية، القيم التي تشربنها بشكل مباشر وغير مباشر شعوري أو لا شعوري - من الأم التي حملت العبأين، عبأها كأم، وهو دور تقوم به راضية، وتقوي عليه بحكم طبيعتها التي فطرها الله عليها، وعبأها كأب وهو الأصعب والأشد الذي يحتاج قدرات وإمكانات خاصة ربما لا تتوافر في الكثير من الأمهات، إنه - من وجهة نظر الباحث - دور كامن للأم، لا يبرز صراحة، لكنه يكشف عن نفسه فيما تفضله بناتها من السعي نحو النجاح وتحقيق الذات.

إن فاقدة الأب أمامها سبيلان – من وجهة نظر الباحث – السبيل الأول: الجنوح نحو فقدان الهوية والذات، والميل نحو السلبية، وربما نحو الضياع، خصوصاً لو فقدت الأم السيطرة على بناتها في حالة وفاة الأب الذي يخشى ولو في غيابه، يعمل حسابه مهما يكن، لكن مع فقدانه، وكما سبق أن ذُكِر تتبدل أمور كثيرة وربما يفلت الزمام تماماً من الأم خصوصاً مع كبر بناتها وتقدمهن في العمر. والسبيل الثاني: تحقيق الذات واستقلالها والتفرد والطموح والبعد عن الاستهتار، وأن يكون لها مكان.

إن حرمانهن من الأب أكسبهن قدراً كبيراً من الإيجابية، في كنف أم لم تتزوج بعد وفاة زوجها، قدراً جعل قيمتي النجاح في العمل واستقلالية الذات هدفهن ودافعهن نحو إيجاد مكان يساعد على حفظ توازنهن، خصوصاً مع تأثرهن سلبياً من الناحية النفسية وجنوحهن نحو الوحدة النفسية والقلق والاكتئاب وعدم الثبات الانفعالى، كما سيرد فيما بعد. لقد تغلغلت هاتان القيمتان في نفوسهن شعورياً أو لا شعورياً وصارتا تدفعهن نحو التفرد والجدية والسعي نحو النجاح وإحراز مراكز متقدمة أعلى مما حققه والدهن، وإن كان للباحث تحفظ على هذا خصوصاً وأن والدهن قد توفي في سن مبكرة من عمرهن، فأني لهن بمعرفة قيمة مركز والدهن كي يسعين نحو تحقيق مركز أفضل مما حقق الوالد. لكن ربما يكون للأم دور في هذا خصوصاً وأنهن كلما يكبرن في السن يكون سؤالهن عن الغائب الحاضر وهو السؤال الذي لم ولن ينقطع أبداً.

ويري الباحث أنه في الحالات التي تؤثر فيها وفاة الأب تأثيراً ضاراً على أبنائه بصفة عامة وعلى بناته بصفة خاصة، ولا تكون هناك عوامل غير مواتية تسبب الأضرار والمشاكل لأبنائه، في هذه الحالات تجد الأبناء في أحيان كثيرة يسعون نحو تعويض فقدان الأب، وسبلهم في هذا متعددة ومتسعة، لكنها كلها تنصب في بوتقة واحدة، وهي أن يكونوا هم كما ينبعي أن يكونوا، وأن يشار إليهم على أنهم حققوا شيئاً جيداً في حياتهم وأن ينظر إليهم نظرة إيجابية على أنهم شئ ذو قيمة. وفي الأعم يكون سعيهم نحو تحقيق كل دوافعهم

ورغباتهم واتجاهاتهم وأهدافهم، لا شعورى، وربما يدركون هذا حين يكبرون وربما لا يدركون على الإطلاق، لكن سعادتهم تكمن في أنهم يقولون للناس نحن هنا حققنا مكانتنا كما لو كان الأب بيننا، وما أجملها من سعادة، وما ألذه من طعم للحياة عندما تكون آخر لقيماتها شهية بطعم إشباع الذات. والسعي نحو إثبات الوجود ــ كما يري الباحث ــ يجعلهم يتسمون بقدر من الأنا لا النحن، والذي لولاه ما كانت لهم شخصياتهم المستقلة المتفردة.

وبمقارنة النتيجة التي كشفت عنها نتيجة الفرض الثاني مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بمتغير أخلاقيات النجاح في العمل، لم يجد الباحث ــ حسب حدود علمه ــ دراسة تناولت هذا المتغير من قبل على عينتي بحث كما في الدراسة الحالية، أما بالنسبة لمتغير استقلال الذات فنشير إلى أنه في الوقت الذي كشفت فيه الدراسة الحالية عن أن فاقدات الأب يتسمن باستقلالية الذات، نجد دراسة (رشدي عبده، ١٩٨٧) تؤكد على أن فقدان الأب يسبب عدم قدرة بناته على الاستقلال، وأنهن يملن إلى الخضوع، وهو ما يتعارض مع نتائج الدراسة الحالية التي تؤكد استقلاليتهن وتفردهن، ولعل السبب في هذا ــ كما يري الباحث ــ أن طالبات عينة دراسة (رشدي عبده) قد تزوجت أمهاتهن بعد وفاة الأب، ومن ثم كان تأثير زوج الأم سلبياً عليهن حيث لم يتمتعن بما يعوض حنان الأب الأصلي، وربما كان لتأثير زوج الأم عليهن ما جعلهن يتجهن نحو عدم الاستقلالية والميل للخضوع له، وربما أيضاً لغياب دور الأم التي صارت لا تربي بمفردها بل بمشاركة رجل آخر هو زوجها.

وربما ما يؤكد هذا أن المراهقات فاقدات الأم قد يتميزن بسرعة الانفعال وتقلب المزاج والاكتئاب وظهور مظاهر اليأس والكآبة، مع ميلهن إلى التشاؤم. وكل هذا ربما يكمن وراءه زواج الأم بعد وفاة الأب، وإن كان الباحث لا يرجح هذا على طول الخط حيث أن هناك أزواجاً لأمهات يقومون بأدوار عظيمة مع أبناء زوجاتهن ويقومون بدور الأب غير الطبيعي كأفضل ما يكون، وربما أفضل من الأب نفسه لو كان على قيد الحياة، والأمثلة عديدة على هذا.

أما في دراسة "نن وباريش" (Nunn and Parish, 1987) وفي مجال المقارنة بين المتوفي آباؤهن والمطلقات أمهاتهن، تبين أن فاقدات الأب يدركن أنفسهن بشكل إيجابي أكثر من أمهاتهن، ويعطين صورة جيدة عن أنفسهن، وأيضاً في دراسة (راوية محمود، ١٩٩٧) فقد توصلت إلي أن مفهوم الذات (الجسمية والأخلاقية والاجتماعية) أعلى لدى كل من الذكور والإناث المحرومين من الأب بالوفاة، وذلك مقارنة بمن طلقت أمهاتهن من الذكور والإناث، كما تميزت الإناث المحرومات من الأب بالوفاة بأن مفهوم الذات الجسمية والأخلاقية كان أعلى لديهن مقارنة بمن طلقت أمهاتهن.

إن النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية، وكذلك الدراسات السابقة، بشأن الحرمان كلية من الأب بالوفاة، تعكس – من وجهة نظر الباحث – تأثير غياب الأب نهائياً بالوفاة عن وجوده في الصورة – بالغياب أو الطلاق – ولو بشكل غير دائم. والرأي أيضاً لدي الباحث – إن جاز له – هو الاعتقاد بأن غياب الأب بالوفاة يكون تأثيره إيجابياً وأفضل على أبنائه، وذلك مقارنة بمن يغيب آباؤهم لظروف الطلاق أو الهجر أو غير ذلك، فالمتوفي والده أدرك أنه لن يراه ثانية وعليه أن يتعامل مع هذا الوضع.

أما "المفارق" أو من هجره أبوه بالطلاق أو غيره، فصورة الأب ماثلة أمامه وهو لم يفقده، وربما يؤثر هذا على صورته عنده فتهتز وتؤثر على صحته النفسية وغير ذلك. وقد يؤكد هذا ما أسفرت عنه دراسة كل من (دراسة "بيرتي وديفيتوريو" (Pertti and DiVittorio, 1992) ودراسة (فاتن أبو صباع، ١٩٩٢) من أن غياب الآباء بالطلاق أو الهجر، أو غير ذلك كما في حالات اللقطاء الذين لا يعرفون هويتهم ولا من آبائهم أو أمهاتهم، يجعلهم يتسمون بفقدان تقديرهم لذواتهم وضعف الأنا والتأخر الدراسي والإحساس بالفشل، وهي خصائص تتعارض تماماً مع استقلالية الذات وأخلاقيات النجاح في العمل التي من أهم مميزاتها أن الفرد يسعده أن يكون من أوائل الطلبة لا أن يكون متأخراً دراسياً بعيداً عن الطموح والسعي نحو تحقيق مركز متقدم

والتفكير في المستقبل البعيد مع التضحية بإشباع الرغبات الحاضرة وإرضائها من أجل تحقيق إشباعات أعظم في المستقبل.

ثانياً: بالنسبة لمتغير الاهتمام بالمستقبل:

أبرزت النتائج عدم وجود فرق دال إحصائياً بين عينتي البحث في هذا المتغير، وإن كان المتوسط أعلى نسبياً لصالح فاقدات الأب، ووفقاً للنتائج وقيمة متوسطي العينتين وما يتضمنه المتغير، فإن النتيجة تعني أنهن يهتمن بالمستقبل كقيمة تقليدية مقابل الاستمتاع بالحاضر كقيمة عصرية، فالحاضر لا يهم مقابل ما يأملنه من المستقبل والغيب البعيد، أي أن قيمة الحاضر تقل عندهن مقابل أو من أجل المستقبل، إنهم ينكرن إشباع الحاجات الحاضرة وإرضاءها لتحقيق إشباعات أعظم في المستقبل. وهن يشعرن أن المستقبل مليء بالفرص لهن.

والنتيجة بهذا المعني قد تكون منطقية، نظراً لأن الاهتمام بالمستقبل يمثل قيمة هامة لدي كل البشر، خصوصاً وأن المستقبل يمثل غيباً لا يعرفه أحد، ولا يعرف ماذا ينطوي عليه. والمستقبل بصفة عامة لدي كل البشر يمثل غموضاً، وكل ما هو غامض وغير معروف ولا يمكن التنبؤ به، من الغالب أن يكون محل اهتمام كل البشر. لكن السؤال الذي يبرز في ذهن الباحث هو: هل يتماثل التفكير في المستقبل لدي عينتي البحث؟ وبمعني آخر هل تتشابه الآمال والأحلام والطموحات في المستقبل بين من لا أب لهن ومن لهن أب؟ هل ما ترجوه فاقدة الأب من المستقبل يختلف أو يتشابه مع من تعيش مع أبويها؟ وفيما الاختلاف؟ وفيما التشابه؟ وهل قلق وترقب فاقدات الأب للمستقبل البعيد يتماثل مع قلق وترقب المستقبل غير فاقدات الأب؟ كلها أسئلة نأمل أن نجد لها إجابة في بحث تال.

وباستعراض التراث السيكولوجي الممثل في الدراسات السابقة، لم يجد الباحث – حسب حدود علمه – دراسة تناولت هذا البعد القيمي بالدراسة لدي

فـاقدات الأب، ممـا يـأمل معـه الباحـث أن يكـون إضـافة إلـي مجـال الدراسـات النفسية.

الفرض الثالث:

نص الفرض الثالث على وجود فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغير التشدد في الخلق والدين لصالح غير فاقدات الأب، والجدول التالي يوضح نتيجة الفرض:

جدول رقم (٣)

يوضح نتائج اختبار (ت) بين عينتي البحث

في متغير التشدد في الخلق والدين

العينة / المتغير	فاقدات الأب		غير فاقدات الأب		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
التشدد في الخلق والدين	١١,٧	٣,٩	٧,٩	٢,٥	٨,٥٦	٠,٠١

بالنظر في جدول (٣) تبين أن هناك فرق إحصائي دال عند مستوي (٠,٠١) لصالح غير فاقدات الأب، وبالتالي فإن الفرض لم يتحقق.

مناقشة نتيجة الفرض الثالث:

لقد صـاغ الباحث هذا الفرض وفي يقينه أن وجود الأب والأم معاً إلي جوار بناتهما إنما يمثل دور الضـابط للسلوك، الباث فـي معتقدات بـناتهما قيم الدين والخلق، وعلى أساس أن وجود أبوين معـاً يمثل قيمة قويـة تـؤدي إلـي التحكم فـي السـلوك خصوصـاً منذ الصـغر، وخصوصـاً التـناوب فـي المراقبة والمتابعة، تـارة من قبل الأب وتـارة أخري من قبل الأم وتـارة ثالـثة مـن قبل الاثنين معاً. فالأب - من وجهة نظر الباحث - تعاونـه الأم، يبثان القيم الدينية والخلقية منذ الصغر في نفوس وضمير أبنائهما ولا يمكن القول بأن الأب دون الأم له السبق أو الأكثرية في هذا، بل أحياناً ما تتفوق الأم أو العكس في تلقين الأبناء كل معايير وقيم الدين والخلقيات التي ينبغي أن يكون عليها أبناؤهما.

أما بالنسبة لمن مات آباؤهن، فالمسئولية هنا تقع كاملة على كاهل الأم وحدها، وربما يعاونها أحد كالخال أو العم، لكنه لن يكون كالأب في وجوده الدائم مع أبنائه. هنا تضعف وتقل قوة القيم والأخلاقيات التي يمكن بثها في نفوس وضمير الأبناء. هذا بخلاف أن تشرب الأولاد وتمثلهم لأوامر الأم فيما يتعلق بطاعة الله سبحانه وتعالي إرضائه يكون أقل بحكم طبيعة الأم وقربها من أولادها، وأنها تمثل الجانب الطيب المتسامح، بخلاف الأب الذي يرهبه الأولاد ويطيعون كلامه بل وتخوف الأم أبنائها به، مما يطبع في ذاكرتهم صورة عن الأب تعني الالتزام بما يأمر به، وتنفيذ ما يطلبه وغير ذلك.

أما الأم فالكل يعرف أنه يكمن خلف ما يمكن أن تأمر به وتطلب طاعتها فيه، وما تبثه فيهم من قيم وأخلاقيات تلزمهم بها، يكمن خلف هذا مساحة يتسللون فيها لكسر أوامرها وعدم طاعتها في أحيان أخري، وهم يعلمون يقيناً أنها ستسامح، بل لن تخبر الأب وغير ذلك. صحيح أن هذا ليس قاعدة، فهناك أمهات لا تنكسر لهن شوكة ولا تتبدل لديهن كلمة، فهن كالسيف الباتر فيما يمضي، ولا يشق لهن غبار، لا يعصين، وسلطتهن على أولادهن في أحيان كثيرة تكون أشد من سلطة الأب حتي في وجوده.

ويبدو أن أمهات فتيات عينة فاقدات الأب من هذا النوع، فإحساسهن بأنهن يتحملن بمفردهن عبء تربية البنات وما أشده من عبء، جعلهن أشد في تنشئة بناتهن على تحمل الآلام والمقاساة مع مرور الزمن خصوصاً بعد وفاة الأب، كما أنهن لقن بناتهن، بل كون لديهن الكثير من المعتقدات عن كل ما هو صواب وخطأ، وأن تكافح بناتهن من أجل إرضاء الله سبحانه وتعالي، بل إنهن غرسن في بناتهن القدرة على حل كل المشكلات الصعبة، كما أنهن قد ربين بناتهن على قيمة عظيمة تتمثل في إدراك أن الاحترام سمة أساسية وأنها أهم شئ في الحياة، بل وأنهن قد عملن على حث بناتهن على إتقان العمل حتي ولو لم تكن بناتهن خبيرات فيه.

إن المجتمع المصري ينظر إلي الأرمل أم الأولاد نظرة خاصة، تختلف كلية عن النظرة إلي الزوجة التي تعيش في كنف زوجها أو إلي الزوجة التي طلقت من زوجها. إن كل من يحيط بها ينتظر كيف ستكون تربيتها ورعايتها لأبنائها ذكوراً وإناثاً؟ تتابعها العيون، وتترقبها في كل لحظة من هنا وهناك، من الأهل وغير الأهل، ولعل هذا هو ما قد يدفع الأم إلي أن تدقق في كل كبيرة وصغيرة تتعلق ببناتها موضوع الدراسة، فهي تحاول أن تجعل بناتها مميزات خلقاً وديناً، أن تثبت للكل أنها نجحت في تربيتهن بل وتعليمهن ودخولهن مرحلة التعليم الثانوي العام، بل وإعدادهن علمياً للمرحلة الجامعية فيما بعد.

ولعل تحمل الأم والمقاساة الناشئة عن وفاة الأب وما كان يمثله من قيمة هامة في المنزل، ثم الحرمان كلية منه، ولعل القيود التي تفرضها الأم على بناتها أو من يساعدها في تربيتهن من الأخوال أو الأعمام أو غيرهم، ولعل إدراك فتيات العينة فاقدات الأب أنهن يختلفن في أشياء كثيرة مقارنة بمن يعشن مع آبائهن، لعل كل ما سبق أو غيره يكون السبب في الوصول إلي هذه النتيجة.

والنتيجة بهذا المعنى تعني أن فاقدات الأب أبعد ما يكن عن النسبية والتساهل، فحياتهن محسوبة وخطواتهم معدودة بل وأنفاسهن أيضاً. إنهن يأخذن حياتهن مأخذ الجد، فوفاة والدهن في فترة حرجة من حياتهن وهي مرحلة الطفولة المتأخرة ومروراً بمرحلة المراهقة، هذه الوفاة ربما قد يكون وراءها إبعادهن عن التسيب الخلقي والديني، وربما كان لفقدان الأب ميزة اكتسبنها وهي أنهن صرن يعتمدن على أنفسهن، يدركن الفرق بين الصواب والخطأ، وأنهن أكثر قرباً من الله سبحانه وتعالي، والقرب من الله، يهدي البصيرة ويساعد على إدراك الصواب، والوصول إلي ما يريده الإنسان. وأخيراً كم من فاقدي للأب وفاقداته قد حققوا ما لم يحققه من يعيشون في كنف الأب، بل هناك من فقدوا الوالدين معاً، فلم يقف هذا عقبة أو غيره في الطريق، بل كان نبراساً ساعد على اجتياز الصعاب تلو الصعاب، وتحقيق الصعب من الأمنيات، بل

ارتقوا سلم النجاح العلمي والدنيوي خطوة خطوة حتي حققوا ذواتهم وصاروا مثلاً يحتذي به.

وباستطلاع التراث السيكولوجي الممثل في الدراسات السابقة نجد ندرة واضحة في بحث هذه القيمة لدي فاقدات الأب بالوفاة. وحسب حدود علم الباحث، هناك دراستان: الأولي أجنبية: وهي دراسة هيثرينجتون ومارتن (Hetherington and Martin, 1979) التي أشارت إلي أن غياب الأب يسبب ضعف الإحساس بالضمير، وضعف الإحساس بالصواب والخطأ، وهي نتيجة تتعارض تماماً مع ما توصلت إليه الدراسة الحالية، وأغلب الظن أن هذا راجع لاختلاف الثقافات، والتنشئة الدينية والقيمية والتقاليد، ففتاة الشرق المصرية لا مجال للمقارنة على الإطلاق بينها وبين غيرها من المجتمعات الغربية، من حيث التمسك بالدين والعادات والتقاليد السائدة في المجتمع، كما أن الأم في مصر تختلف كلية عن الأم الأجنبية. والكلام عن هذا كثير ولا مجال للحديث عنه هنا.

أضف إلي هذا أن عادات وتقاليد المجتمع المصري هي التي تحكم سلوك الفتاة المصرية بشكل لا يجعلها تقترب من الانفتاح أو هجر المنزل في سن مبكرة أو الإقامة مع صديق كما يحدث في الغرب. ويتأكد هذا من خلال الدراسة الثانية: الدراسة العربية، وهي دراسة (راوية محمود، ١٩٩٧) التي أكدت نتائجها على أن المحرومات من الأب ترتفع لديهن متوسطات الذات الأخلاقية، وذلك في مجال المقارنة بينهن وبين المطلقات أمهاتهن. وربما يكون هذا راجعاً للسبب السابق ذكره، وهو أن المتوفي والدهن يدركن الحياة على نحو أفضل ممن فقدن والدهن بالطلاق. فوفاته تجعلهن يدركن أن أحد جناحي الحياة قد مات ورحل ولن يعود ثانية، وأن علىهن الاعتماد على أنفسهن، وأن يسعين نحو التميز الخلقي والديني وأن يحققن ذواتهن، وغير هذا كثير.

الفرض الرابع:

نص الفرض الرابع على وجود فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيري السيطرة والمسئولية لصالح فاقدات الأب. والجدول التالي يوضح نتيجة الفرض:

جدول رقم (٤)
يوضح نتائج اختبار (ت) بين عينتي البحث
في متغيري السيطرة والمسئولية

العينة / المتغيرات	فاقدات الأب		غير فاقدات الأب		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
السيطرة	٢٣,٧	٥,٠٥	٢١,٩	٥,٩٥	٢,٤١	٠,٠٥
المسئولية	٢٢,٧	٥,٨	٢٠,٧	٦,٥٨	٢,٣٨	٠,٠٥

بالنظر في جدول (٤) يتبين أن هناك فرقاً دالاً إحصائياً عند مستوي (٠,٠٥) بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيري السيطرة والمسئولية لصالح فاقدات الأب، وبذلك يكون الفرض قد تحقق.

مناقشة نتيجة الفرض الرابع:

أولاً: بالنسبة لمتغير السيطرة:

عند تفسير هذه النتيجة بالنسبة لمتغير السيطرة أولاً، نجد أن هذه النتيجة التي أفرزتها الدراسة الحالية تتكامل مع ما سبقها من نتائج، فإذا كانت السيطرة تعني الميل إلي أخذ الزمام في تحديد سلوك شخص أو جماعة الغير - عكسه الانقياد أو الخضوع -، أو هي نزعة لاتخاذ الدور القيادي، أو السيطرة في العلاقات مع الآخرين، (كمال دسوقي، ١٩٨٨، ١٢٩)، فإن هذا يتفق تماماً مع ما أسفرت عنه الدراسة الحالية بالنسبة لفاقدات الأب، فسلوكهن لا يتسم بالخضوع أو التبعية لأحد، وهن إذا كن يتسمن باستقلالية الذات، فهن هنا يملن إلي اتخاذ القرار مستقلات عن غيرهن، وإذا كن لا يتسمن بالتساهل والنسبية، وأنهن لديهن القدرة على حل المشكلات الصعبة، فهن بهذا المعني وكما تشير دلالات المتغير واثقات من أنفسهن، وجازمات في علاقتهن بالآخرين، وأخيراً،

دائماً ما يتخذن دوراً نشطاً في الجماعة، بغرض ـ كما يري الباحث ـ إثبات ذواتهن والتعبير عن أنفسهن وإبراز مكانتهن.

ثانياً: بالنسبة لمتغير المسئولية:

أما المتغير أو السمة الشخصية الثانية وهي المسئولية التي كانت دلالتها لصالح فاقدات الأب، مما يشير أيضاً إلي أن هذه النتيجة تتكامل مع ما سبقها أيضاً. فإذا كانت النتيجة تشير إلي قدرتهن على الاستمرار في أي عمل يكلفهن بَه، وأنهن مثابرات مصممات، ويمكن الاعتماد عليهن، فقد تأكد هذا من قبل عندما أشارت النتائج السابق ذكرها إلي أنهن لا ينظرن إلي العمل نظرة تسلية، وأنهن يعملن باجتهاد أفضل من غيرهن، وحين يكلفن بالعمل، فإنهن يجتهدن على نحو أفضل من الأخريات، وأنهن ينجزن العمل كله، ويتقن أي عمل يوكل إليهن، حتي إذا لم يكن خبيرات فيه.

ونتيجة هذا الفرض لم تشر ـ حسب حدود علم الباحث ـ إليها أي دراسة سابقة سواء من حيث المتغيرين أم من حيث طبيعة العينة ذاتها التي فقدت والدها في مرحلة الطفولة المتأخرة (قبل ٣ سنوات على الأقل) وامتداداً إلي مرحلة المراهقة. غير أن هناك دراسات أشارت إلي أن غياب الأب سواء بالطلاق أو الهجرة، أو بموت الوالدين وإقامة الأبناء بمؤسسات الأيتام يؤثر تأثيراً سلبياً على شخصية الأبناء، من هذه الدراسات دراسة (عزة الألفي، ١٩٨٦) التي أكدت على أن الحرمان من الأب يسبب للأبناء التعاسة والضياع والإحساس بالنبذ، وهو ما لا يتفق وأخلاقيات النجاح والاستقلالية، وإثبات الذات والثقة بها، والمثابرة والقدرة على الإنجاز. كما تبين دراسة "جريج وجيان وباميلا" (Greg; Jeanne and Pamela, 1994) أن الفتيات يشعرن بأنهن متخلي عنهن ومهجورات، وهو ما يتعارض أيضاً مع إحساسهن بالمسئولية، وإدراك الذات واتسامهن بالسيطرة لا بالخضوع والإحساس بالدونية، كما جاء في دراسة (فاتن أبو صباع، ١٩٩٢).

ويبدو هنا، وهو الاعتقاد الأغلب ـ كما يري الباحث ـ أن تأثير وجود الأم، ودورها الكامن غير الظاهر هو وراء كل ما سبق من تميز عينة فاقدات الأب، بكل ما سبق من قيم، وسمات شخصية.

والسؤال الذي يرد الآن هو: هل وفاة الأب تولد لدي الفتيات بناته (عينة البحث) شعوراً ذاتياً بأنهن يتحملن مسئولية سلوكهن الخاص، وأنهن يقتنعن بما يفعلن، ويتحمسن لدورهن في الحياة الاجتماعية دون تقاعس أو تردد كما لا تساورهن مشاعر الندم على سلوكهن، كما أنهن لا يعانين كفاً من الداخل تحسباً للآثار التي تترتب على سلوكهن كما يتحملن مسئولية الاختيار في مواقف الحياة، دون إحساس داخلي بالصراع في مواقف الاختيار، بحيث يتوافر لديهن إحساس عميق بالمسئولية، فلا يخشين ولا يترددن في الاختيار، لأنهن مستعدات لتحمل مسئولية اختيارهن، وباختصار أو بمعني آخر، هل هو شعور واضح بالمسئولية الذاتية؟

الفرض الخامس:

نص الفرض الخامس على وجود فروق ذات إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيري الثبات الانفعالي والاجتماعية لصالح غير فاقدات الأب. والجدول التالي يوضح نتيجة الفرض:

جدول رقم (٥)

يوضح نتائج اختبار (ت) بين عينتي البحث في

متغيري الثبات الانفعالي والاجتماعية

العينة / المتغيرات	فاقدات الأب		غير فاقدات الأب		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الثبات الانفعالي	١٧,٤	٥,٠٩	٢٠,٢	٤,٧	٤,٢٢	٠,٠١
الاجتماعية	١٢,٦	٦,٩	١٥,٤	٦,٠٤	٣,١٩	٠,٠١

بالنظر في جدول (٥) يتبين أن قيمة (ت) دالة إحصائية عند مستوي (٠,٠١) بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيري الثبات الانفعالي والاجتماعية، لصالح غير فاقدات الأب، وبذلك يكون الفرض قد تحقق.

مناقشة نتيجة الفرض الخامس:

أولاً: بالنسبة لمتغير الثبات الانفعالي:

إذا كان الثبات الانفعالي سمة تميز الذين يكونون عادة بمنأي عن القلق والتوتر العصبي والحساسية الزائدة والعصبية، والذين يمكنهم تحمل الإحباط، كما أنه يميز المتحررين من التغيرات أو التقلبات الحادة في المزاج ، وإذا كان يعني درجة من الضبط الذاتي والتناسب بين الاستجابة ونوعية المثيرات في ضوء المتوقع اجتماعياً، مع وضوح درجة من الاستقرار والاتساق الانفعالي مع البعد (كما سبقت الإشارة) عن التقلبات الحادة الشديدة ، فإن هذا – من وجهة نظر الباحث – لا ينطبق على فاقدات الأب، ذلك لأنه تحت كل الظروف، إذا نجحت الأم في جوانب عديدة، فهناك جوانب تفشل في إزالة آثارها عن بناتها فاقدات والدهن، ومهما فعلت أو قدمت لبناتها، ومهما وقفت إلي جوارهن تخفف عنهن مأساة حرمانهن منه وهن صغيرات السن، فإن رحيله في فترة مبكرة من عمرهن، يؤثر سلباً على حياتهن في كل شئ، وأهم هذه الأشياء احتياجهن الشديد له، أن يكون بجوارهن منذ نعومة أظفارهن.

إن الرحيل ينقش على نفوسهن بعض مظاهر اعتلال الصحة النفسية من قلق، وتوتر واكتئاب ووحدة نفسية، وشعور بالعزلة والاغتراب وضيق عالمهن الاجتماعي، وخبراتهن المعايشية والحياتية. إنه يغرس في النفس ألماً نفسياً رهيباً، يزداد مع الوقت ومع تقدمهن في العمر، خصوصاً في كل موقف تمر به الفتاة، ويتطلب الأب ولا تجده بجوارها.

ولعل أبرز المظاهر التي أفرزتها الدراسة، التي تؤكد أن رحيل الأب يؤثر على الصحة النفسية لبناته، ومن ثم يؤدي إلي اضطرابهن نفسياً، وجعلهن أكثر اكتئاباً، وأكثر إحساساً بالوحدة النفسية، كما أن متوسط درجاتهن على متغيرات القلق كسمة والقلق كحالة كان أكبر من متوسط درجات من لم يفقدن

آباءهن، وإن الفرق في المتوسط فيما يتعلق بمتغير القلق كحالة كان دالاً لصالحهن كما سبقت الإشارة.

وكيف يتأتي الثبات الانفعالي والقلق حليفهن والتوتر العصبي رفيقهن والحساسية الزائدة والعصبية إمامهن، إن المواقف التي تواجهها الفتاة فاقدة الأب في حياتها حتماً ستصيبها بالقلق والتوتر وغير ذلك من مظاهر عدم الاتزان الانفعالي، إنها مواقف لا غني عن وجود الأب فيها، فهي بداية تحتاجه في المنزل، في عملية تنشئتها وإعدادها للحياة، ومدها بالخبرات وإشعارها أنها ليست بمفردها، ثم بعد ذلك تتعدد المواقف، منها على سبيل المثال لا الحصر، المدرسة، وما أكثر المواقف والمناسبات التي تحتاج فيها الفتاة أباها في المدرسة خصوصاً وهي تري أن زميلة لها صادفتها مشكلة مع المدرسة وحلها أبوها بتواجده معها، أما فاقدة الأب فمن أين لها بأب يحل لها مشاكلها مع المدرسة. وفي الأعياد، خصوصاً الأعياد الدينية وهي تري أن غيرها تذهب مع والدها لتشتري ملابس العيد، أو تخرج معه للتنزه وغير ذلك. وعندما تكبر الفتاة ويتقدم لخطبتها شخص ما، من سيقابله؟ ومن سيتفق معه؟ ومن سيبحث إن كان يصلح لها أم لا؟

إن المواقف التي تحتاج فيها الفتاة أباها عديدة ولا حصر لها، وكلما مر بها موقف يتطلب وجوده، ولا تجده وخصوصاً عندما لا يمكن لغيره أن يحل محله أو يكون في موقف مكانه، كل هذا يتراكم - نفسياً - لديها ويؤدي مع مرور الوقت إلي اضطراب صحتها النفسية. إن الحرمان المبكر من الأب قاس ومؤلم، ويهز مشاعر ووجدان الأبناء خصوصاً الأطفال منهم، ولا يشعر بهذا إلا من عايش تجربة الحرمان الأبوي.

وعلى صعيد الدراسات السابقة نجد ما يتفق مع ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية، ففي دراسة كل من (رشدي عبده، ١٩٨٧؛ ودراسة سميرة إبراهيم، ١٩٨٧؛ ودراسة "دينيس" Denise, 1992؛ ودراسة فاتن أبو صباع،

١٩٩٢؛ ودراسة رشاد على، ١٩٩٣؛ ودراسة دايفيد وجون وميشيل David John and Micheal, 1994؛ ودراسة ستيفاني وآخرون Stephanie, et.al., 1996؛ ودراسة رونالد جاكلين Ronald and Jacqueline, 1996؛ ودراسة راوية محمود، ١٩٩٧)، كل هذه الدراسات أكدت على أن فاقدات الأب يتميزن بسرعة الانفعال واضطراب وتقلب المزاج والميل إلي التشاؤم، وأنهن كثيرات المشاكل الانفعالية، وأقل توافقاً على المستوي العام، وعلى المستوي الصحي والانفعالي والنفسي، كما أنهن يشعرن بالتمزق. كما أكدت هذه الدراسات على أنهن يعانين من مشاكل سلوكية مثل السرقة والكذب والتبول اللاإرادي، وأخيراً سرعة الاستثارة. وهي كلها خصائص ترتبط بالقلق والتوتر العصبي والحساسية الزائدة والعصبية، وبالتالي ترتبط بعدم الثبات الانفعالي.

ثانياً: بالنسبة لمتغير الاجتماعية:

أما المتغير الثاني وهو الاجتماعية والذي كانت دلالته لصالح غير فاقدات الأب، مما يعني أن وجود الأب بجوارهن يجعلهن يتميزن بحب مخالطة الناس والعمل معهم، والرغبة في التجمعات، وفي مزيد من الاتصالات الاجتماعية. وتفسير ذلك يؤكد أن وجود الأب يسهم بشكل فعال بل ومؤثر في اجتماعية بناته، ذلك أن وجوده يمثل قيمة هامة في حياة الأبناء، إنه يساعدهم على إقامة علاقات مع الآخرين ممن يتصلون بهم من المحيطين بهم من الأهل والأصدقاء وغيرهم، وبعضهم مثلاً لهم أبناء، ووجودهم يزيد من درجة تفاعل الأبناء مع بعضهم البعض، وبمعني آخر فهو يوسع دائرة اتصالاتهم الاجتماعية، وغيابه يؤثر كثيراً، فهو يقلص من دائرة الاتصالات، كما سبق الإشارة إليه عند مناقشة الفرض الأول.

وهذه النتيجة تؤكد أن الوحدة النفسية وما يرتبط بها من افتقاد التقبل والحب والتواد من قبل الآخرين، وكذلك ما يرتبط بها من شعور الفرد بالاغتراب والانفصال عن نفسه، وكذلك اختلال حياته النفسية واهتزاز

معاييره، كل ذلك يجعل الفرد يجنح نحو العزلة والبعد عن الاجتماعية وحب الاختلاط وتعدد الصلات والاتصالات مع الآخرين، وهو ما ينطبق على عينة فاقدات الأب من خلال ما أسفرت عنه نتائج هذه الدراسة، وهذه النتيجة أيضاً تؤكدها الدراسات السابقة، ففي دراسة كل من "هاريس وجولد وهندرسون" (Harris; Gold and Henderson, 1991) ودراسة "دايفيد وآلان" (David and Alan, 1996) ودراسة (راوية محمود، ١٩٩٧) تبين أن فقدان الأب يؤثر في درجة تفاعل بناته فهن أقل تفاعلاً في مجال التفاعلات الاجتماعية، كما ينخفض مفهوم الذات الاجتماعية لديهن بل هن أقل توافقاً اجتماعياً.

ونختتم هذا بالإشارة إلي غياب الأب في حالات الطلاق وغيرها أو فقدان الوالدين معاً، يؤثر على درجة التفاعل والاتصال الاجتماعي بالآخرين، فقد أكدت دراسة جريج وجيان وباميلا (Greg; Jeanne and Pamela, 1994) على أنهن غير اجتماعيات، وأنهن أقل في كل مستويات التفاعل الاجتماعي المتعلق بالمجتمع. وبالمثل أكدت دراسة (سميرة إبراهيم، ١٩٨٧) انخفاض مفهوم التوافق الاجتماعي لديهن.

الدراسة الثالثة

بعض السمات الإكلينيكية للمعاقين حركياً "دراسة مقارنة"

مقدمة:

الإعاقة ظاهرة اجتماعية، وحالة يسهم المجتمع فى إبرازها؛ ذلك أن خصائص الفرد الجسمية والنفسية والسلوكية يمكن أن تصبح فى حكم التعويق، حين يقيمها المجتمع على أنها حالة استثنائية، أو غير عادية، أو على الأقل غير مرغوب فيها، وعادة ما يرتب المجتمع على هذا التحديد سلسلة من النتائج السلبية من بينها إطلاق تسمية خاصة لحالة الفرد، ثم عزله فى بيئة خاصة، ثم إبعاده تدريجياً عن سياق الحياة العادية، ثم تغير ردود أفعال الآخرين نحوه.

وأبرز الأمثلة على هذا المكفوفون والمعوقون حركياً، فالمكفوفون فى مدارس المكفوفين الداخلية ومؤسساتهم التعليمية، محاصرون فى سياج من العزلة، مفروض عليهم مجتمع مصطنع، له أنماطه ومعاييره الخاصة به، ضاربة بمعايير المجتمع الحقيقى خارج أسوارها عرض الحائط، لأن هذا المجتمع الخارجى، لم ير الكفيف طفلاً يجرى ويلعب فيألفه، لم يره صبياً يحاول ويخطئ ويصحح جنباً إلى جنب بجوار المبصر.

أما المعاقون حركياً، فالمجتمع لا يرحمهم، فمنهم من كان يمشى على رجليه، الدنيا ملكه، يتنقل فى سهولة ويسر، لكنه يصاب بما يعيق حركته، ويصبح أسير العكاز أو الكرسى المتحرك أو السنادات أو نائماً بلا حراك إلا قليلاً، الأصدقاء هم أول المبتعدين، وغالباً ما يفرون من المعاق، أو قد يختفى اهتمامهم به، وإذا كان المعاق طفلاً يلعب فسيختفى زملاؤه، لأن جيران أسرته سوف يمنعون طفلهم من اللعب معه، خوفاً من أن يكون مرضه معد أو قابل للعدوى، وهذا يؤدى حتماً للانسلاخ والعزلة وتقلص العلاقات الاجتماعية إلى أدنى حد، مما يشعر معه المعاق بأنه منبوذ، والقسوة الأشد هى التى يمكن أن

يكون مصدرها الوالدان أو أحدهما، حين يتم تجاهل كل ما يتعلق بالإبن المعاق، ويعاملانه كما يعامله بعض الغرباء.

إن العاهة أو الإعاقة الحركية خصوصاً عندما تكون ظاهرة تجعل المعاق يشعر أنه غريب، وتأخذ إحدى صورتين: أولاهما أن يكون منطوياً على نفسه خجلاً، يخشى شدة السخرية التى تدعوه إلى تفادى العلاقات مع الغير، ويلزم الإنطواء على نفسه، والاستسلام إلى أحلام اليقظة حيث يجد عالماً متسامحاً. وأما الصورة الأخرى فهى أن يشعر بالمرارة وأن ينفس عن ألمه وشعوره بالحزن بسلوك غير سوى.

وإذا كان الفرد العادى يستطيع أن يعيش حياته دون أن يعانى من مشكلات تحد من أهدافه فى الحياة، وهذا من حقه، إلا أن هذا لا يتحقق بالنسبة للمعاقين حركياً إلا فى حالات نادرة بمعنى الكلمة، تبعاً للقائلين بأن لكل قاعدة شواذ وليس هناك ثبات دائم على طول الخط، فالإعاقة الحركية لا تسبب فقط كل ما ذكر آنفا، ولا ما سوف يأتى بيانه فى سياق هذا البحث الحالى، بل أن أحد أضرارها والتى قد تجعل الفرد يدخل دائرة المرض النفسى، يكمن فى الاسم نفسه (الإعاقة الحركية)، فإعاقة قدم أو ساق مثلاً، تعنى تعطل يد أو ذراع، وهذا يعوق الحركة بشكل كبير.

وكاتب هذه السطور يعاني إعاقة بأحد ساقيه، تعطلت معها ذراعه أثناء الحركة أو المشى، فالمعاق عندما يفقد ساقه أو ساقيه، لا يفقدها أو يفقدهما فقط، بل يفقد أيضاً ذراعه أو ذراعيه، حيث إنه يسخر يده أو يديه للمساعدة فى التنقل والحركة، وتلك مشكلة لا يشعر بها إلا من يعانيها. إن من يعانون إعاقة حركية مزمنة فى أرجلهم يتزايد اعتمادهم على الأطراف العلوية أعنى (اليدين والرسغين) كما تزداد مهارات العناية بذواتهم كلما تقدموا فى العمر. إن الأعضاء التى تعطلت عن الحركة وانعدم فيها الإحساس، بل صارت كالجزء الميت فى الجسد، أو التى ضربها فيروس الشلل مسبباً لها عاهة وتشوهاً جسدياً

وضموراً للأعصاب الحركية التى هاجمها هذا الفيروس، كما أنه قد يؤدى – خصوصاً عندما يكون حاداً – إلى تفسخ أو انحلال رؤوس الخلايا الأمامية، ويتبع ذلك قطع فى الأعصاب أو إزالتها.

هذه الأعضاء التى تعطلت عن الحياة، تجعل من قدر لهم أن يبتلوا بها، العيش تحت وطأة الضغوط النفسية الشديدة بعد أن دمر الفيروس مراكز الحركة لديهم ونقلهم من كونهم أسوياء إلى معاقين يحتاجون العون والرعاية، والنظر إليهم بعين الشفقة والرحمة، ولأنهم دون غيرهم فإن هذا قد يولد لدى البعض الإحساس بأنه شخص غير كامل، وغير جذاب. ويتحول إلى الإذعان والخضوع لإعاقته، والوقوع فريسة للمرض النفسى عصابياً كان أم ذهانياً.

وهنا تكمن المشكلة التى يتناولها البحث الحالى، وهى هل الإعاقة الحركية – أياً كانت صورتها أو شدتها – تترك بصماتها على المعاقين حركياً، بحيث تؤدى إلى اضطرابهم نفسياً؟ هل الإحساس بالحزن والحسرة على النفس، يحول المعاق إلى شخص مضطرب نفسياً، مما قد يعنى بالضرورة إعاقة توافق الفرد على المستوى الشخصى والاجتماعى والتعليمى والمهنى وعلى الثقة بالذات وغير ذلك؟ إن المعاق حركياً تقابله صعوبات عديدة تعوق تكيفه بالشكل الأمثل – كما سيأتى فيما بعد – وتجعله فى حالة من عدم الثبات الانفعالى والنفسى دوماً. وهذا البحث ما هو إلا محاولة للكشف عن بعض الآثار النفسية (العصابية والذهانية) للإعاقة الحركية على عينة من المعاقين حركياً بإعاقات مختلفة ومتنوعة، أو هو محاولة للتعرف إلى العلاقة بين الإعاقة الحركية والصحة النفسية – إن جاز هذا التعبير.

مشكلة البحث:

من خلال اهتمام الباحث بمشكلة ذوى الاحتياجات الخاصة، وعلى وجه الخصوص أصحاب الإعاقات الحركية، وذلك من خلال القراءة والاطلاع على نتائج وتوصيات البحوث وحضور العديد من المؤتمرات سواء بالحضور فقط،

أو بالمشاركة ببحث عن ذوى الاحتياجات الخاصة، وجد أن الإعاقة الحركية تنشأ عن أسباب عديدة منها: شلل الأطفال، وسل العظام، والشلل التشنجى والشلل المخى، شلل التهاب الدماغ، والحوادث مثل الوقوع من أماكن مرتفعة أو حوادث السيارات أو الشجار واستخدام آلات حادة تصيب الجهاز الحركى، وحوادث الميلاد، والعاهات الخلقية وإصابات الظهر، والعمود الفقرى، وأسباب أخرى متنوعة. كما تبين له أن أهم أسباب الإعاقات الحركية وأكثرها شيوعاً هو " شلل الأطفال"، وهو من أفظع الكوارث التى ألمت بالبشر قبل أن يكتشف له المصل الخاص بالوقاية منه أو القضاء عليه، ويرجع ذلك إلى خطورته حيث إن فيروسات الشلل تدخل إلى أعصاب المخ والحبل الشوكى، ثم تقوم هذه الفيروسات بعمل " مصنع أيضى metabolic factory، مما يسبب موت الأعصاب الحركية أو توقفها عن العمل المعتاد. كما تبين له أن كل الدراسات قد كشفت عن أن الإعاقة الحركية بأسبابها المختلفة وعلى رأسها الشلل تسبب العديد من المشاكل الفيزيقية والنفسية والعقلية للمعاق منها: صعوبات فى التنفس وعدم تحمل البرد أو زيادة الحساسية له، وعدم كفاءة الجهاز التنفسى والاختناق، كما أنها تسبب الإرهاق الجسمى والعقلى، وآلام مفصلية وعضلية، وتناقص القدرة على التحمل البدنى، وضمور الأطراف وعضلات التنفس (حسب درجة ونوع الإعاقة)، وحصر الفرد فى نوع روتينى واحد أو أكثر من الأنشطة والتى لا يكاد يتعداها يومياً، وشدة الألم مع تقدم العمر.

كما تؤدى إلى انخفاض معدل الزواج لديهم، وفقدان العمل أو انخفاض معدله كما لا تمكنهم الإعاقة الحركية من القيام بالأنشطة الخلوية والاجتماعية، ويفقدون الكثير من طاقاتهم وقوتهم. ومع الوقت ومع تطور الإعاقة والشلل يحدث تدهور وظيفى واضطرابات نيورولوجية وارتخاء فى العضلات، فى الوقت الذى قد يزداد فيه الوزن والحجم مما يمثل عبئاً شديداً على أعضاء الحركة المصابة، وهذا يسبب معاناة المعاقين للألم بشكل يومى.

وهـذا الـتدهور الوظـيفى والعضـوى يجعلهـم أكـثر الـناس عرضـه للمخاطر، وهذا يعتمد على مدى الدمار الذى أصاب الجهاز العصبى الحركى، كما يتأثر السلوك الجنسى لديهم، وكذلك الوظيفة الجنسية والنشاط الجنسى، خصوصاً لدى النساء المعاقات اللاتى قد يساء استعمالهن جنسياً وبدنياً، كما أن الإعاقة الحركية تسبب العديد من أنماط اضطرابات النوم، وهذا راجع للشعور المتكرر بالألم، والقلق، والأرق، مما قد يتسبب فى إحداث بعض الحركات الغريبة وغير المألوفة فى النوم مثل الاختلاج العشوائى للعضلات، الحركات الباليستية (قذائفية) فى الأذرع والأرجل، قبض وإمساك الأيدى، ثنى بطئ للأذرع مع تقلص عضلات الذراع والصدر، كذلك يعانون من مشاكل الاستغراق فى النوم وتزداد لديهم فترة الكمون فى النوم وهى الفترة التى تكون ما بين استلقاء المعاق على الفراش وقبل النوم المباشر، وهذا يجعلهم تحت ضغوط انفعالية متكررة.

إن الأعراض السابقة ما هى إلا قطرة فى بحر من المشاكل التى يعاني منها المعاقون حركياً. كما أنها ليست السبب الوحيد فى الأسى والحزن، والمشاعر الشديدة من القلق والغضب وعدم السعادة التى يشعر بها المعاقون حركياً، فهناك الاضطرابات النفسية والإنعصاب المزمن والاكتئاب والأفعال القهرية، وسلوك" نمط أ". على أن أخطر ما يعانيه المعاق حركياً ــ من وجهة نظر الباحث ــ هو أنهم يعيشون دائماً مع الماضى، كيف كانوا؟ وكيف أصبحوا؟، إنهم لا يحولون أفكارهم عن أجسادهم، ويتألمون للحال التى أصبحوا عليها، ويرفضون ما هم عليه، والظلم الذى وقع عليهم، ووصمة العار التى لحقت بهم، لذا فهم يرفضون تأكيد أن بهم عيب، أو أنهم معيبون. إن أصعب شئ على المرء هو فقدان الحركة، فالحركة مرتبط بها أشياء كثيرة لا حصر لها، وقد حرم منها الإنسان بالإعاقة.

وإذا كان الشلل قد استئصل تقريباً من بلدان كثيرة، وفى طريقة للاستئصال من بلدان أخرى، فهل استئصلت آثاره، وآثار أى إعاقة حركية

أخرى من النفوس؟ لقد تعددت نتائج الدراسات التى أشارت إلى السمات الشخصية، والخصائص النفسية للمعاقين حركياً، والتى تؤكد جميعاً، فى شبه اتفاق كامل على أن الإعاقة الحركية لها آثار سلبية وضارة على البناء النفسى للمعاق، وعلى إحساسه بالكمال والسواء، وعلى توافقه الاجتماعى، ونمو شخصيته نمواً سليماً وعلى تقديره لذاته حيث شعوره الدائم بالنقص والعجز والوضاعة، وعلى الجوانب العاطفية، وغير ذلك مما تقدم وما سوف تؤكده الدراسات السابقة وملاحظات الباحث.

أهداف البحث:

إن كل علة مرضية مزمنة يتبعها بالضرورة علة وظيفية، وسيتبع ذلك بعض التغيرات فى السلوك والشخصية والتصرفات، وحتماً ستتغير ردود الأفعال، وما كان ممكناً التعامل معه فى الماضى قبل المرض، لا يمكن التعامل معه فى الحاضر بعد المرض. إن المعاقين حركياً هم أصدق من ينطبق عليهم القول السابق، فالآثار التى ستنشأ عن الإعاقة الحركية لن تكون آثارها هو ما يحدث للمرء فقط وقت حدوثها، لكن الآثار تمتد مع امتداد العمر، فالجسد يستهلك أسرع وتضعف القوى وتخور النفس مع الوقت، وغير ذلك من الآثار، إن العجز الجسمى قد يولد عجزاً نفسياً، وقد يبقى هذا العجز بعد شفاء العجز الجسمى، إذا أغفل أو أسئ التصرف إزاءه.

وعلى الرغم من أن الصورة لن تكون قاتمة على طول الخط وأن من المعاقين حركياً من استطاع التوافق مع مطالب بيئته، ووضع استراتيجيات للتوافق مع حياته ، بل إنهم تعلموا كيف يتعايشوا مع المتغيرات التى حدثت لهم، وأنهم شعروا بأن لهم حياة جيدة على الرغم من كل شئ، كما أنهم يمكنهم النظر إلى الإعاقة على أنها خبرة وليست فقدان عضو من الأعضاء على الرغم من هذا فإن المعاق حركياً يظل دوماً حبيس نفسه (حسب خبرة الباحث بأحد أنواع الإعاقة الحركية وهو الشلل)، إنه يظل حبيس نفسه أكثر من كونه حبيس الكرسى المتحرك أو الإعاقة نفسها أياً كان موقعها، إنه رهن القيد بالعكاز أو أى

أداة مساعدة أو بدونها، وليس أمر على الإنسان من حبس النفس الذى قد يتسبب فى علة نفسية أو أكثر. وهذا.ما يهدف إلى بيانه البحث الحالى حيث تتحدد أهدافه فى:

١- التعرف إلى بعض الخصائص العصابية (توهم المرض والاكتئاب والهستيريا) لدى عينة من المعاقين حركياً.

٢- التعرف إلى بعض الخصائص الذهانية (البارانويا، السيكاثينيا، الفصام) لدى عينة من المعاقين.

٣- التعرف إلى بعدين من الأبعاد الأساسية للشخصية (العصاب والذهان) لدى عينة من المعاقين حركياً.

أهمية البحث:

تكمن أهمية هذا البحث فى الاهتمام بفئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة، وهم المعاقون حركياً، حيث نحاول من خلال البحث دراسة جانب من جوانب شخصياتهم، والكشف عن التأثير السلبى الذى يمكن أن تحدثه الإعاقة الحركية لدى المبتلين بها، خصوصاً وأن المعاقين بشكل عام نادراً ما يتحدثون عن خبراتهم مع الإعاقة، ويؤثرون الصمت، والتألم داخلياً ونفسياً مع أنفسهم، وبعضهم يعانى حتى من مجرد ذكر كلمة "الشلل أو الإعاقة"، فقد طرحت ونبذت من الحديث فيما بينه وبين أفراد أسرته، بل فيما بينه وبين نفسه أحياناً. وبعضهم يحكم على نفسه بقسوة، ويتجاهل حاجاته الجسدية، مع المعاناة من سيطرة تأثير الماضى - وقت أن كان صحيحاً - على الحاضر بعد أن صار مريضاً معاقاً. إن الضغوط النفسية التى يعانى منها المعاقون حرى بنا أن نحللها ونتعرف إليها، فقد يسهم هذا فى أن تكون هناك توصيات تساعد على إعادة تأهيلهم، كما أن هذا قد يؤدى إلى أن نزداد وعياً بالاستجابات الانفعالية الصادرة عنهم. وقد يساعد هذا فى النهاية إلى تقديم إرشادات لهم مع مساعدتهم على إحداث تغييرات فى حياتهم الجديدة مع الإعاقة هذه الضغوط والاضطرابات النفسية التى يمكن أن يعانيها المعاقون، برغم وضوحها وسفورها، والتصاقها

بخصائصهم الشخصية، هناك من ينكرها من الأطباء، ويرفضون الاقتناع بأن المرض النفسى، هو الأكثر تأثيراً فى إعاقة المعاق وشعوره بالألم وفقدانه لجودة الحياة، وأن يرى نفسه عضواً معاف صحيحاً من أعضاء المجتمع، وليس شخصاً مصاباً بالإعاقة.

كما أن أهمية هذا البحث تكمن فى أن البحوث العربية والمصرية التى تناولن دراسة المعاقين حركياً لم تتناول -حسب حدود علم الباحث - دراسة تلك المتغيرات النفسية الستة لديهم وهى: توهم المرض والاكتئاب والهستيريا، والتى تمثل ما يسمى بالمثلث العصابى، والبارانويا والفصام والسيكاثينيا، والتى تمثل ما يسمى بالمثلث الذهانى، وكلاهما (العصاب والذهان) بعدان مهمان من الأبعاد الأساسية للشخصية، أما البحوث الأجنبية التى رجع إليها الباحث على مدار الـ (٢٥) سنة الماضية تقريباً، والتى تناولت دراسة هذه المتغيرات فهى نادرة إذ لا يتجاوز عددها أصابع اليد الواحدة.

وهنا تكمن أهمية البحث الحالى التى يأمل معها الباحث أن تكون إضافة جديدة فى مجال علم النفس، على أن هناك أهمية أخرى للبحث الحالى وهو التعرف إلى أى من الاضطرابات العصابية أو الذهانية موضوع البحث الحالى يمكن أن تكون سمة أو خاصية من خصائص المعاق حركياً، والتى قد تسهم بشكل ما أو بآخر فى إعاقة توافقه وتكيفه مع كل من حوله من كائنات حية فى البيئة التى يعيش فيها. إذ من المهم جداً أن نمد يد العون للمعاق ونخفف عنه، وأن نشعره أننا بجواره، ما دمنا لن نستطيع وقف الإعاقة أو الآثار الناجمة عنها.

مفاهيم البحث:

سوف يقوم الباحث فيما يلى بتعريف المفاهيم المتصلة بالبحث:

١ـ توهم المرض:

هو الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية والقلق - الذى لا يستند إلى سبب - على الصحة، فيشكو الفرد غالباً من آلام واضطرابات يصعب تبينها ولا يوجد لها أساس عضوى واحد.

٢ـ الاكتئاب:

إتجاه عام يتمثل فى تدنى مستوى الروح المعنوية وإنعدام الأمل فى المستقبل، وعدم رضا عام من قبل الفرد بموقفه.

٣ـ الهستيريا:

مرض عصابى أولى يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لا شعورية ويكون الدافع الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام أو الهرب من موقف خطير، أو تركيز الاهتمام على الفرد، كحماية له من الإرهاق الشديد.

٤ ـ البارانويا:

هذاء مزمن أو مرض عقلى يتميز بوجود نسق منطقى دائم لا يمكن زعزعته، ولا ينفك ينمو نمواً بطيئاً غير ملحوظ بتأثير أسباب داخلية فى نفس المريض مع احتفاظ المريض بكامل قدراته العقلية والإرادية، وتتسم الصورة الكلينيكية للبارانويا بأربع علامات مميزة أساسية هى: مبالغة المريض فى تقدير ذاته، وعدم الثقة بالغير، وزيف الحكم، والعجز عن التوافق الاجتماعى.

٥ـ السيكاثينيا:

مرض نفسى عصابى غير محدد المعنى، يتميز بحالات القلق والمخاوف المرضية والأفكار الوسواسية والأفعال القهرية. مما يؤدى إلى حالة من الإرهاق النفسى وضعف الوعى الشعورى وكأنه عصاب خلطى.

٦ـ الفصام:

مجموعـة مـن الاضــطرابات تخـتلف مـن حيـث العوامـل السـببية، والاستجابة للعلاج ومصير المرض، وتتفق فـى أنها لزمة مكونة من أعراض مميزة ناشئة عن اضطراب التفكير والإدراك والوجدان والسلوك، وهذه الأعراض تصل إلى درجة الذهان فى بعض الأوقات خلال مسار المرض. أو هو اضطراب عديد من وظائف الأنا ينتج عنه عدم قدرة المريض أن يميز بدقة وثبات الواقع الداخلى والخارجى، مع فشله فى المحافظة على اتصاله بالعالم الخارجى.

٧- الإعاقة الحركية:

من خلال خبرة الباحث بالإعاقة الحركية وباعتباره أحد المعاقين حركياً، يقدم التعريف الإجرائى التالى للإعاقة الحركية: هى عجز الفرد عن الحركة والتنقل فى سهولة ويسر، مع طلب العون فى بعض الأحيان من قبل الغير، بسبب اعتلال الجهاز الحركى على وجه الخصوص، والجهاز البدنى على وجه العموم، مما قد يتطلب معه زيادة العبء، والاعتماد على بعض أجهزة البدن الأخرى، والتى تتعطل هى الأخرى عن القيام بالدور المنوطة به بسبب استخدامها كعوامل مساعدة في الحركة. وهذا الأعتلال وإن كان يسبب للمعاق حركياً بعضاً من المشاكل النفسية والموقفية والحياتية، إلا أنه يمكن النظر إليه باعتباره قصور فقط من الناحية الاجتماعية، وضعف فى ناحية الأداء.

الدراسات السابقة:

جدير بالذكر أن ننوه قبل عرضنا للدراسات السابقة، أنه على المستوى المحلى والعربى لم تدرس - حسب حدود علم الباحث - بعض المتغيرات العصابية (توهم المرض والاكتئاب، والهستيريا)، وكذلك بعض المتغيرات الذهانية (البارانويا، والفصام والسيكاثينيا) لدى المعاقين حركياً والأسوياء. غير أن الباحث استطاع أن يحصل على دراستين أجنبيتين فقط استخدمتا اختبار

الشخصية المتعدد الأوجه (المستخدم فى الدراسة الحالية) للتعرف إلى بعض الخصائص النفسية التى تميز المعاقين حركياً، وهما دراسة دونالد وآخرين (١٩٨٩)، ودراسة كلارك وآخرين (١٩٩٤).

غير أن الباحث قد عرض للعديد من الدراسات الأخرى التى تناولت دراسة بعض المتغيرات المتصلة بموضوع البحث من خلال تطبيقها لبعض المقاييس النفسية، مثل اختبار بك للاكتئاب وقائمة مراجعة الأعراض، ومقياس شابمان وشابمان للميل إلى الذهان، وغير ذلك مما سيلى ذكره عند عرض هذه الدراسات. كما عرض الباحث لبعض الدراسات التى درست المعاقين حركياً من خلال الاستخبارات وباستخدام منهج تحليل المضمون، أو بعض أساليب التحليل الإحصائى الأخرى، تلك الدراسات التى كشفت نتائجها عن بعض المتغيرات التى ترتبط بموضوع البحث الحالى سواء فيما يتعلق بالجانب العصابى أم الذهانى.

وقد آثر الباحث أن يعرض لبعض الدراسات الأخرى التى استخدمت مقاييس مثل مقياس تنسى لمفهوم الذات، وقائمة التغلب على المشكلات، واختبار حالة وسمة القلق، ومقياس التقدير النيوروبيولوجى ومقياس أعراض التقرير الذاتى المعرفى، وذلك لما أسفرت عنه من نتائج ساعدت الباحث فى تفسير النتائج التى توصل إليها فى بحثه الحالى، وعلى أساس أن الصحة النفسية للمعاق حركياً جزء لا يتجزأ من تكامله وتوافقه، وأن اعتلال أو ظهور متغير أو سمة نفسية لدى المعاق حركياً، قد يسهم فى تفسير النتائج التى قد يتوصل إليها البحث الحالى، أو أى دراسة أخرى. وفيما يلى وصف لهذه الدراسات وفقاً للتسلل الزمنى الذى تمت فيه:

قامت فيوليت إبراهيم (١٩٨٦) بدراسة الإعاقة البصرية والجسمية وعلاقتهما بمفهوم الذات والتوافق الشخصى والاجتماعى، وذلك على عينة قوامها (٥٠) معاقاً بصرياً و(٥٠) معاقاً جسمياً من المصابين بشلل الأطفال،

وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود علاقة بين مفهوم الذات ومتغيرات التكيف الشخصي والاجتماعي لمجموعة المعاقين بصرياً. كما أسفرت عن أن هناك عدداً من المتغيرات ترتبط بمفهوم الذات لدى المعاقين جسمياً، إذ ارتبطت درجات أفراد عينة المعاقين بالمتغيرات التي تقيس الشعور بالحرية، والانتماء، والخلو من الأعراض العصابية، والمهارات الاجتماعية، والعلاقات في الأسرة، والعلاقات في البيئة المحلية، والتكيف الشخصي والاجتماعي. كما أظهرت النتائج أن هناك فروقاً دالة بين متوسطات الدرجات التي حصل عليها المعاقون بصرياً ومتوسطات الدرجات التي حصل عليها المعاقون جسمياً في المتغيرات المقيسة من حيث مفهوم الذات والاحساس بالقيمة والتحرر من الميل إلى الإنفراد، والخلو من الأعراض العصابية والمستويات الاجتماعية والمهارات الاجتماعية والتحرر من الميول المضادة للمجتمع والعلاقات في الأسرة والعلاقات في المدرسة والعلاقات في البيئة المحلية والتكيف الشخصي والاجتماعي. وقد جاءت هذه الفروق في صالح مجموعة المعاقين جسمياً.

أما دراسة دونالد وآخرين (١٩٨٩) فقد أجريت على مجموعتين من مرضى الشلل الأولى قوامها (١٣) مريضاً ممن يعانون من أعراض ما بعد الشلل أي شدته، والثانية قوامها (١٢) مريضاً ممن لا يعانون من تلك الأعراض. وقد أشار الباحثون إلى أنهم قد تأكدوا من خلال المقابلات والفحص الإكلينيكي، أن التاريخ الأسرى للمرضى ليس فيه أحد يعاني من الشلل، كما أن جميع المرضى ليس فيهم من يعاني المرض النفسي قبل أن يصاب بالشلل. وبالنسبة للأدوات التي استخدمت في هذه الدراسة فقد كانت عديدة ومتنوعة حيث تضمنت اختبار إعادة الأرقام من مقياس وكسلر المعدل لذكاء البالغين، واختبار رموز الأرقام، واختبار تداعي الكلمات المقيد، واختبار القدرة على التصور البصري المكاني، وقائمة بل للاكتئاب، واختبار الشخصية المتعدد الأوجه للشخصية، بالإضافة إلى اجراء مقابلة سيكياترية لفحص المزاج والشخصية لدى كل أفراد العينتين. وقد كان وراء استخدام تلك الاختبارات

قياس الانتباه والسرعة السيكومترية، والتهيؤ العقلى أو الحالة العقلية المباشرة، والقدرة على توليد الألفاظ، والقدرة البصرية المكانية، أما عن النتائج فقد أشارت إلى وجود اضطرابات مزاجية لافتة للنظر (كما أشار الباحثون) لدى جميع مرضى الشلل، فقد أبرزت النتائج أن ٤٦% من مرضى المجموعة الأولى، ٥٠% من مرضى المجموعة الثانية، قد دلت نتائج استجابتهم على ما يشير إلى وجود دليل على الاكتئاب مثل (اضطراب التوافق، اكتئاب دورى، حادثة اكتئابية مر بها الفرد فى حياته)، كما أشارت النتائج إلى أن ٨% من مجموع كل عينة قد حاولوا الانتحار. أما بالنسبة لاستجابات المجموعتين على بنود قائمة بك للاكتئاب، فقد كانت أكثر تلك الاستجابات شيوعاً على البنود الداخلية، هى تلك التى تشير إلى الصور الجسدية Somatic features مثل التعب حيث تمثل بنسبة ٨٤ %، وصعوبة العمل ٧٢%، والقابلية للاستثارة ٦٠%، وصعوبة النوم ٦٤%، ومشاعر الذنب ١٢%، كونهم معاقبين ١٢%، وكذلك أعراض فقدان الشهية بنسبة ١٦%، وفقدان الوزن ٢٠ %.

وقد أرجع الباحثون شيوع تلك الاستجابات التى تمثل الصور أو المظاهر الجسدية إلى أنها ربما تكون راجعة إلى المظاهر والصور الباطنية أو الداخلية للمرض نفسه. ورغم هذا أشار الباحثون إلى عدم وجود ارتباط دال إحصائياً بين الدرجات على قائمة بك للاكتئاب وبين الإعاقة الفيزيقية أو البدنية، ويفترض الباحثون أن اعتلال المزاج ما هو إلا استجابة ورد فعل بسيط نحو الإعاقة.

وبالإضافة إلى هذا فإن المرضى ذوّي التاريخ السيكياترى والذين تم التعرف عليهم من خلال المقابلة الإكلينيكة، هؤلاء حصلوا على درجات عالية على قائمة بك للاكتئاب. بمعنى أن اعتلال الصحة نفسياً لدى المعاق فيزيقياً يرتبط بالاكتئاب، كما أوضحت النتائج أن درجات العينتين فى باقى المقاييس كانت تقع فى حدود السواء. غير أن النتائج قد أكدت على أنهما قد حصلا على درجات بينية borderline تشير إلى ضعف أدائهما على مقياس الاستدعاء غير

اللفظـى، كمـا أكدت النتـائج أيضـاً علـى أن هنـاك فروقاً دالـة بين المجموعتين عند مستوى (٠,٠١) فى متغير الهوس الخفيف لصالح المجموعة الثانية، بينما كان الفرق دال عند مستوى (٠,٠١) بينهما فى متغير الانطواء الاجتماعى لصالح المجموعة الأولى. بينما لم تكن بينهما فروق دالة إحصائياً على باقى مقاييس اختبار MMPI.

أمـا دراسـة كونرادى وآخرين (١٩٨٩) فقد كانت بغرض التعرف إلى بعض الخصـائص النفسية لعينـة من المعاقين حركياً قوامها (٩٣) ذكراً وأنثى. وقد استخدم الباحثون فـى هذه الدراسـة مقياسـين همـا: قائمة مراجعة الأعراض المعدلة ٩٠، (SCL–R 90)، ومقياس التقرير الذاتى للتوافق النفسى مع المرض. وقد أشـارت النتـائج إلـى ارتفـاع درجات العينـة علـى بعض المقاييس الفرعيـة للمقياسين المستخدمين، فقد ارتفعت درجات الذكور علـى عدد من المقاييس الفرعية لقائمـة مراجعة الأعراض وهـى: الأعراض الجسمية والاكتئاب والقلق والعداوة وقلق الخواف، أما الإنـاث فقد تشابه ارتفاع درجاتهن مع الذكور على مقاييس الأعـراض الجسـمانية والاكتئـاب والقلـق، كمـا حصـلن علـى درجـات مرتفعة على مقياس الذهانية.

ومعنى هذا أن درجات كل المجموعتين قد وصلت إلى الحد الإكلينيكى المرضـى (كمـا يذكر الباحثون)، وبالنسبة للمقياس الثانى فقد كانت درجـات الذكور والإناث مرتفعة على المقاييس الفرعية الآتية الرعاية الصحية الموجهة، والبيئة الاجتماعية والعلاقات الأسرية الممتدة. كما كانت متوسطات درجـات الرجال أعلى قليلاً من النساء، لكن الفروق لم تكن دالة بينهما. وبالنسبة لبروفيل الأعراض فقد أشـارت النتائج إلى أن المجموعتين تعانيان من الضيق أو الكرب النفسى. أما فردريك (١٩٩١) فقد قام بدراسة استمرت عامين وذلك على عينة قوامها (١٢٠) مريضاً ومريضـة بإعاقات متباينة نتج عنها شلل بالجسد، حيث أرسل لهم استخباراً منزلياً يتكون من (٥٤) صفحة. وقد أسفرت النتائج عن العديد من النتائج، من بينها أن (٥٠%) من حجم العينة يعانى من الاكتئاب،

كما يعانون من التوتر الزائد والقلق الإكلينيكى. وقد علق الباحث على هذا بأن الاكتئاب يحدث للناس الذين لديهم نظرة تشاؤمية تجاه الحياة.

وفى دراسة " سعيد عبد الله (١٩٩٣)"، والتى هدفت إلى دراسة بعض العوامل المرتبطة بمفهوم الذات لدى المشلولين، وعلى عينة قوامها (١٢٢) فرداً من الذكور والإناث المصابين بالشلل، وباستخدام الصورة الإرشادية من مقياس تنسى لمفهوم الذات لقياس كل من الذات الجسمية، والأخلاقية، والشخصية، والاجتماعية، ونقد الذات، والذات الواقعية، والرضا عن الذات، والذات السلوكية، وأخيراً الذات الكلية. وقد كشفت نتائج الدراسة عن فروق محدودة للغاية بين مجموعات المقارنة، فقد تبين وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث فى أربعة أبعاد فقط، ثلاثة منها لصالح الإناث، هى الذات الجسمية، والذات الشخصية، والذات السلوكية، أما بُعد نقد الذات فقد كانت دلالته لصالح الذكور. والنتيجة بهذا الشكل تعنى أن الإناث أكثر اعتداداً بذواتهن الجسمية والشخصية والسلوكية مقارنة بالذكور. كما كشفت النتائج أيضاً عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات العمرية للمعاقين جسدياً فى بعدين من أبعاد مفهوم الذات وهما: الذات الجسمية والذات الأسرية، حيث كانت الدلالة لصالح الأكبر سناً، بما يمكن معه أن تعزى هذه الفروق إلى أن الفرد كلما تقدم فى العمر استطاع أن يتكيف مع إعاقته، ومع الأجهزة التعويضية التى يستخدمها، كما أنه يصبح أكثر تقبلاً لصورته الجسدية. أما بالنسبة للذات الأسرية فقد فسرها الباحث بأن الأفراد الأكبر سناً كانوا من ذوى الإعاقات الشديدة فى حوادث السيارات، مما جعل الأسرة أكثر عطفاً على هؤلاء الأفراد وأكثر تعاوناً معهم واهتماماً بهم. هذا وقد تبين من النتائج أنه لا يختلف مفهوم الذات بأبعاده العشرة لدى المشلولين باختلاف زمن حدوث الإعاقة، ولا درجة الإعاقة (بسيطة - متوسطة - شديدة) وأخيراً لا توجد فروق بين المجموعتين من حيث اختلاف سبب الإعاقة.

وفي دراسة قام بها تات وآخرون (١٩٩٣) على عينة قوامها (١١٦) مريضاً بالشلل، طبق عليها مقياسين هما: قائمة الأعراض المختصرة، وقائمة التغلب على المشكلات، بالإضافة إلى استخبار متعلق بتاريخ العينة المرضى مع الإعاقة الحركية. وبعد تحليل الاستجابات تم تقسيم العينة إلى مجموعتين: الأولى تتسم بالاكتئاب والشعور بالكرب والهم قوامها (٩٩) مريضاً، والثانية لا تتسم بالاكتئاب أو الشعور بالكرب والهم وتلك قوامها (١٧) مريضاً. وقد أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية تراوحت بين مستوى (٠,٠١) و (٠,٠٠١) بين المجموعتين، حيث تبين أن المجموعة الأولى أكثر شعوراً بالألم من المجموعة الثانية. وهذا يعنى أن هناك علاقة بين الاكتئاب والألم. كما أن تقدير المجموعة الأولى لصحتها أضعف من تقدير المجموعة الثانية، حيث أن ظروفهم الصحية والطبية أكثر تدهوراً من المجموعة الثانية وذلك منذ لحظة الإصابة بالإعاقة الحركية، وحتى اللحظة التى عليها المرضى الآن. كما أن المجموعة الأولى (المكتئبة/ المهمومة) أقل رضئ عن حياتهم ووضعهم الوظيفي وهم أقل قدرة من حيث التغلب على السلوكيات الناجمة عن الإعاقة.

أما دراسة كلارك وآخرين (١٩٩٤) فقد كانت ترى أن الفرد حين يصاب بالشلل، تظهر لديه أعراض جديدة تنمو ببطء مثل التعب وزيادة الألم وغير ذلك، مما يؤدى إلى معاناته من بعض الاضطرابات النفسية، فهل هذه الاضطرابات النفسية - كما تساءل الباحثون - تلعب دوراً فى إظهار تلك الأعراض التى غالباً ما تصيب المرضى بعد اصابتهم بالشلل والإعاقة. وللتحقق من هذا اختيرت عينة قوامها (٢٢) مريضاً ومريضة بالشلل وطبقت عليهم المقاييس الآتية:، اختبار الشخصية المتعدد الأوجه "الصورة الثانية"، قائمة بك للاكتئاب، اختبار حالة وسمة القلق لسبيلبرجر، مقياس شابمان وشابمان للميل إلى الذهان، مقياس الاجهاد أو الأعياء العصبى، مقياس التقدير الينوروبيولوجى، وأخيراً مقياس أعراض التقرير الذاتى المعرفى. وقد كشفت النتائج عن أن الغالبية العظمى للدرجات تقع فى حدود السواء، وأنه على الرغم

من أن كل أفراد العينة يعانون من ظهور الأعراض الجديدة للإعاقة إلا أنهم أسوياء من الناحية العصابية والذهانية والقلق وغير ذلك. وهذا يعنى بوضوح أنه لا علاقة بين نمو أو شدة ظهور الأعراض الجديدة للمرض وبين الاضطرابات النفسية. غير أن النتائج قد أظهرت أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الذكور والإناث على مقاييس الشكاوى الجسمية Somatic لصالح النساء وأنهن أكثر ميلاً للعزلة أو الإنطواء الاجتماعى.

- وفى دراسة أخرى لتات وآخرين (١٩٩٤) عن الفروق بين عينتين من مرضى الشلل، الأولى معروف عنها أنها مكتئبة والأخرى غير مكتئبة، وهى العينة نفسها التى أجرى عليها درسته السابق ذكرها، تبين إضافة إلى ما سبق أن المكتئبين يميلون إلى الإنطواء والعيش بمفردهم، ويعانون من فقد العمل والبحث عن مهنة، ومن النتائج أيضاً أن التحليل العاملى لقائمة التغلب على مشكلات الإعاقة قد كشف عن وجود ثلاثة عوامل تكمن وراء تلك الصفات وهى: القبول الإيجابى للذات، والبحث عن المعلومات/ المساهمة والمشاركة فى الإعاقة، والفاعلية الاجتماعية. وفى دراسة لبرونو (١٩٩٥) على مجموعتين من المعاقين حركياً خضعتا لبرنامج علاجى ـ تأهيلى، المجموعة الأولى قوامها (٨٠) معاقاً حركياً يعانون من التهابات عضلية ـ هيكلية بمؤخرة الظهر، والثانية تعانى من أعراض ما بعد الشلل قوامها (٤١). وقد طبق على هاتين المجموعتين، ومجموعتين ضابطتين أخريين فشلوا فى إكمال البرنامج العلاجى ـ التأهيلى المقاييس التالية: مقياس بك للاكتئاب، ومقياس " نمط أ" المختصر، ومقياس دافعية التعزيز السالب، ومقياس الحساسية للنقد والفشل. وقد أظهرت النتائج ما يلى:

أولاً: بالنسبة لقائمة بك للاكتئاب: ارتفعت الدرجة التى حصلت عليها المجموعة الأولى، لكنها لم تكن دالة من الناحية الإكلينيكية. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الأولى والمجموعة الضابطة التى لم تكمل البرنامج العلاجى ـ التأهيلى فى

مستوى الاكتئاب، وذلك لصالح المجموعة الأولى، كما كانت هناك فروق دالة بين هذه المجموعة والمجموعة الثانية المعاقة حركياً التي تعانى من أعراض ما بعد الشلل فى مستوى الاكتئاب وذلك لصالح المجموعة الأولى. كما أكدت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الثانية والمجموعة الضابطة، المماثلة لها، والتى لم تكمل البرنامج العلاجى – التأهيلى.

ثانياً: بالنسبة لمقياس سلوك "نمط أ": أكدت النتائج على أن المجموعة الأولى تتميز بسلوك نمط "أ" مقارنة بالمجموعة الضابطة المماثلة لها، بينما لم تكن هناك فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الثانية، التى تعانى من أعراض ما بعد الشلل والمجموعة الضابطة والتى تعانى أيضاً من الأعراض نفسها لكنها لم تحضر البرنامج العلاجى – التأهيلى، وذلك فى سلوك "نمط أ".

ثالثاً: بالنسبة لمقياس دافعية التعزيز السالب: أكدت النتائج أن متوسط درجة المجموعة الأولى كان مرتفعاً إحصائياً، كما أن متوسط الدرجة كان دالاً إحصائياً مقارنة بالمجموعة الضابطة المماثلة لهم. أما المجموعة الثانية فلم تكن هناك فروق دالة إحصائياً بينها وبين المجموعة الضابطة المماثلة لها، والتى لم تكمل البرنامج العلاجى – التأهيلى.

رابعاً: بالنسبة لمقياس الحساسية للنقد والفشل: أشارت النتائج إلى أنه لا توجد فروق دالة بين المجموعة الأولى والمجموعة الضابطة، بينما كان متوسط الدرجة دالاً إحصائياً لدى المجموعة الثانية، كما أنه فى مجال المقارنة بين المجموعتين الأولى والثانية، وبين المجموعتين الضابطتين كانت الفروق لصالحهم أيضاً. وفى دراسة للتعرف إلى التوافق النفسى – الاجتماعى لعينة قوامها (١٣٨) ممن تعرضوا للبتر والذى أدى إلى إعاقتهم حركيا، قام "دن" (١٩٩٦) بدراسة مسحية على تلك العينة،

حيث فحصت كل البيانات التى تجعل الفرد "المبتور عضو من أعضائه" متفائلا، ولديه معنىً إيجابى عن خبرة الإعاقة التى يعانى منها، أو لديه تحكم مرتفع فى الإعاقة التى يعانى منها والآثار الناجمة عنها، والذى قد يكون له تأثير صحى على الاكتئاب وتقدير الذات. وقد حللت النتائج باستخدام الأسلوب الإحصائى تحليل الانحدار فتبين أن تقبل الاستئصال أو البتر بعد حدوثه له تأثير على الحد من الاكتئاب وارتفاع تقدير الذات لدى الفرد، كما أن كل من لديهم استعداد أو ميل للتفاؤل والقادرين على التحكم فى الإعاقة يحصلون على درجات مرتفعة على مقياس تقدير الذات لروزنبرج.

أما مارى (١٩٩٦) فقد قامت بدراسة مسحية على عينة قوامها (١٦٨) معاقاً تراوح مدى العمر لديهم ما بين ٣٣ - ٧٧ سنة، وكان متوسط عمرهم وقت بداية الشلل ٨ سنوات، حيث أرسلت لكل واحد منهم استخباراً عن طريق البريد، طلبت فيه منهم أن يرووا ذكرياتهم مع الشلل، وأن يحكوا عن مشاعرهم وأفكارهم. وقد حللت المشاعر والاستجابات التى عبر عنها أفراد العينة فى ذكرياتهم باستخدام مقياس تحليل المضمون لجوتشالك وجليسر Gottschalk and Gleser، وكذلك مقياس ويستبروك وفينى Westbrook and Viney، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

١- أكثر المشاعر تكراراً كانت مشاعر القلق، حيثق وجدت لدى ٨٤% من إجمالى حجم العينة وقد تمثل القلق فى عدة صور هى:

أولاً: قلق البتر multilation anxiety، تمثل لدى ٧٥% من حجم العينة. وهذا يعنى أنهم يقلقون على أعضائهم المصابة، فيزعجهم (حسب تفكيرهم) ما سوف يحدث من دمار أو تلف للعضو المصاب بالعجز وبالتالى قد يحدث له البتر.

ثانياً: قلق العزل أو الانفصال تمثل لدى ٥٨% من حجم العينة، فهم يخشون فقدان السند أو المعين وكذلك الوحدة.

ثالثاً: قلق الانتشار أو القلق غير المحدد، وقد تمثل لدى ٣٧% من حجم العينة، وهو يشير إلى الخوف والقلق دون تمييز لمصدر الخوف.

رابعاً: قلق الارتياب وقد تمثل لدى ٣٥% من حجم العينة، كإشارة إلى أنهم يعانون من عجز في الفهم، وغير عارفين ما سوف يحدث، مما يؤدى إلى أنهم يعانون من الخلط والارتباك.

خامساً: قلق الخجل والاستحياء وقد تمثل لدى ٣٠% منهم، وهو يعنى عدم الكفاءة، والضعف، والشعور بالخزى.

سادساً: قلق الموت، وقد تمثل لدى ٢١% من العينة، وهو يعد إشارة إلى الموت، أو التهديد به.

سابعاً: قلق مشاعر الذنب وقد تمثل لدى ١٩% منهم، وهو إشارة إلى الشعور بالاستهجان والرفض والإثم.

٢- الاكتئاب: بعد القلق كانت أكثر المشاعر تكراراً هى الشعور بالاكتئاب، حيث تمثل لدى ٧٠% من حجم العينة. فهم لا يشعرون بالسعادة، وهم غاضبون دائماً من الأفكار الناقدة لهم، والمدمرة لوجودهم، وإحساسهم أنهم دون الآخرين فى الكثير من الأمور الحياتية.

٣- بعد الاكتئاب كانت أكثر المشاعر تكراراً مشاعر العجز والضعف، وكونهم يشعرون بالبؤس ويشعرون بأنهم لا عون لهم، وأن حياتهم قد صارت خارج حدود سيطرتهم عليها، وأن هناك من يتحكم فيها من الآخرين. وهذه قد تمثلت لدى العينة بنسبة ٦٨%.

٤- يأتى بعد ذلك التفاعلات الاجتماعية السلبية، والتى تمثلت بنسبة ٥٧% من تكرارات استجابات العينة حيث يرون أن العلاقات بينهم وبين من

يرعونهم، أو بينهم وبين أفراد المجتمع، غير إيجابية. وأن هناك من يملك التأثير على الآخرين فيمنعهم من التعامل معهم.

٥- التفاعلات الاجتماعية المعتدلة وهى تمثل نسبة ٥٦%، إشارة إلى أنهم أحياناً ما يتلقون الدعم أو العون وأنهم يشتركون فى الخبرات مع الآخرين. ويشعرون بالرضا لمثل هذه التفاعلات حينما تتم.

٦- أما مشاعر الفعالية أو القوة فى التأثير على الآخرين وفى الأحداث، فقد تمثلت بنسبة ٣٣% من إجمالى حجم العينة. وهذا يعنى رغبتهم فى محاولة التخطيط، وضبط الأحداث قدر استطاعتهم، بما قد يتكون لديهم من قوة وقدرة.

وقد أكدت الباحثة على أن هذه الانطباعات إنما كانت أكثر ذكراً من قبل المعاقين حركياً، الذين انفصلوا عن أبويهم ولم تتم رعايتهم من قبلهم وتم نقلهم لمؤسسات الرعاية حيث تعاملوا مع مجموعة من العاملين والموظفين الذين عاملوهم بقسوة وغلظة، وكانت سبل المتعة والترفيه لديهم أقل، كما أن قدرتهم على مواجهة الأحداث التى كانت تواجههم كانت أقل من ذويهم من الأسوياء. كما أشارت الباحثة إلى أن هناك ارتباطاً بين وقت بداية حدوث الشلل والمشاعر التى يعبر عنها المشاركون فى الدراسة، كما أن العمر قد ارتبط أيضاً ارتباطاً دالاً بين اثنين من المشاعر السابق ذكرها، وهما قلق الموت وقلق الشعور بالذنب، فالكبار والبالغون من المحتمل أن تتضمن مشاعرهم تعبيرات مثل الموت، أما الصغار فإنهم يعبرون عن مشاعر تشير إلى الذنب.

وفى دراسة كان هدفها التعرف إلى مدى سيطرة الاضطرابات الاكتئابية، والرضا عن الحياة لدى مجموعتين الأولى: قوامها (١٢١) من المسنين المصابين بالشلل، والثانية: مجموعة ضابطة مماثلة لهم فى كل شئ من حيث الظروف الديموجرافية والاجتماعية وغير ذلك وهذه المجموعة قوامها (٦٠) فرداً من الأسوياء. وقد طبق على المجموعتين مقياس الاكتئاب للمسنين

ومقياس الرضا عن الحياة. فى هذه الدراسة توصل كل من كمب، وآدامز وكامبيل (١٩٩٧)، إلى أنه لا توجد فروق بين المجموعتين فى مدى انتشار الاضطرابات الاكتئابية، هذا فى الوقت الذى وجد فيه أن نسبة ٢٨% من مرضى الشلل تعانى من سيطرة الاضطرابات الاكتئابية. كما كشفت النتائج عن أن وظيفة الأسرة واتجاهها نحو الإعاقة والمعاق، وكذلك بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية، تسهم فى تعديل هذا الأثر، أى تأثير الإعاقة على الأعراض الاكتئابية للمعاق، وقد أشار الباحثون لتأكيد هذا بقولهم أنه قد وجد أن بين المعاقين المتسمين بالاكتئاب ذا الدلالة الإكلينيكية، دليل ضئيل يؤكد دور المجتمع فى تعديل وعلاج هذا الاكتئاب. وقد أشارت النتائج أيضاً إلى أن المعاقين أقل رضىً عن الحياة مقارنة بالعينة السوية. وفى مجال المقارنة أيضاً قام الباحثون بتقسيم العينة التى تعانى من الشلل إلى مجموعتين، إحداهما تعانى من أعراض ما بعد الشلل، أى أن تأثير الشلل عليها أشد وأقوى من المجموعة الثانية، فكشفت النتائج أن المجموعة التى تعانى من أعراض ما بعد الشلل، أكثر اكتئاباً، وأقل رضىً عن الحياة.

وفى دراسة مسحية survey على مجموعة من المعاقين الذين يعالجون ويتلقون الخدمات والدعم الطبى بمركز فرجينيا للشلل بأمريكا، قام هنرى هولاند (١٩٩٧) بدراسة على عينة من المعاقين حيث أرسل لهم استخباراً بالبريد، استجاب بالرد عليه (٦١) معاقاً من أعضاء المركز الذى تراوحت مدة إصابتهم بالشلل ما بين ١٠ ـ ٥٠ سنة، ويستخدمون فى تنقلاتهم أكثر من وسيلة للتنقل والحركة مثل العكاز والكراسى المتحركة، سنادتان، أحذية للإعاقة، وأجهزة تركب بالساق للتنقل وغير ذلك. وقد كشفت النتائج أن ٣٦% منهم يعانون من فرط التوتر، و٥٢,٥% منهم يعانون من اضطرابات النوم وأنهم يتناولون عقاقير تساعدهم على خفض النشاط والحيوية، كما تبين أن من أهم اضطرابات النوم التى يعانون منها الكوابيس وضيق التنفس وكثرة التبول الليلى والانعصاب stress وعدم الراحة، و٧٢% منهم يعانون من المشاكل المعرفية

والتى من أهمها التركيز، أو التذكر أو التركيز والتذكر معاً وإيجاد كلمة، و ٧٥ % منهم تتوافر لديهم خصائص "نمط الشخصية أ" وبالنسبة للموقف الأسرى فقد أظهرت النتائج أن ١٣% فقط يتلقون الدعم من أزواجهم، و ١١% فقط يتلقون العون من الأسرة.

وفى دراسة اجراها كل من سوزان وبرونو (١٩٩٧)، بغرض فحص سلوك "نمط أ"، ومفهوم الذات والوحدة، وذلك على عينتين من مرضى الشلل، الأولى: خضعت لبرنامج علاجى للعلاج من آثار ما بعد الشلل، وقد كان قوام تلك العينة (٢٩) مريضاً، والثانية لم تخضع للعلاج من آثار ما بعد الشلل وقوامها (١٧) مريضاً، بالإضافة إلى عينة ضابطة لم يحدد عددها فى الدراسة، وقد أرسل لهم بالبريد الاختبارات النفسية التالية: مقياس الوحدة المعدل UCLA ، وثلاثة مقاييس فرعية من مقياس تنسى لمفهوم الذات هى: مقياس تقدير الذات الأسرى، ومقياس تقدير الذات الاجتماعى ومقياس تقدير الذات الشخصى، بالإضافة إلى استخبار التعب لأعراض ما بعد الشلل، ومقياس سلوك "نمط أ" وقائمة بك للاكتئاب.

وقد كشفت النتائج عن عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين (التى أكملت العلاج، والتى لم تكمل) على مقياس بك للاكتئاب، غير أن متوسط الدرجة كان أعلى لدى المجموعة التى أكملت العلاج، بالرغم من أنها لم تصل إلى المعدل الإكلينيكى. كما لم تكن بينهما فروق دالة فى سلوك "نمط أ" وأن متوسط الدرجات كان فى المعدل الإكلينيكى أيضاً. وفى مجال المقارنة بين المجموعتين المعاقتين وبين المجموعة السوية غير المعاقة تبين أن المجموعتين المعاقتين أكثر اكتئاباً، وأعلى من حيث مستوى سلوك "نمط أ".

وبالنسبة لباقى المتغيرات النفسية تبين أن الدرجات لم ترتفع إكلينيكياً، ولم تكن هناك فروق دالة بين المجموعتين المريضتين بالشلل. كما كشفت النتائج عن وجود ارتباط دال سلبياً بين استخدام العكاز وبين درجة الذات

الأسرية، بينما ارتبط طلب المساعدة إيجابياً بالذات الأسرية. أما عن أكثر النتائج التي أثارت الدهشة - كما يذكر الباحثان - فهى عدم ارتباط درجة الذات الشخصية بأى من المتغيرات العلاجية، حيث تبين فى دراسة سابقة أن هناك ارتباطاً دالاً بين القبول الإيجابى للذات وبين التغلب على الآثار الناجمة عن ما بعد الشلل.

ومعنى هذا أن قبول الذات الشخصية يرتبط أساساً بالإعاقة ذاتها من حيث تأثيرها على الفرد المعاق، ولأن درجة الذات الشخصية تقيس كفاية الذات وصلاحيتها وكذلك قيمة الذات بصرف النظر عن صورة الجسم والعلاقات مع الآخرين، فإن هذه النتائج تفترض أن من قبلوا الخضوع للبرنامج العلاجى أقل على كل أنماط قبول الذات عن كونهم مقبولين من قبل الآخرين. ويعلق الباحثان على أن أهمية القبول من قبل الآخرين خصوصاً الأسرة، يشير إلى ارتباط دال مع درجة الذات الأسرية ومع أنماط طلب المساعدة والعون. ورغم هذا لم يكن هناك ارتباط دال بين درجة الذات الأسرية وبين المرضى الذين يطلبون العون والمساعدة من الأزواج ومن أعضاء الأسرة. وقد أرجع الباحثان هذا إلى أن المرضى ربما يكونون خائفين من فقدان القبول الأسرى عن طريق طلب المساعدة. وأخيراً فقد كشفت الدراسة عن وجود ارتباط دال بين درجة سلوك "نمط أ" ودرجة الوحدة النفسية، كما ارتبطت درجة الوحدة النفسية بدرجة الذات الشخصية والأسرية والاجتماعية.

وفى دراسة نفسية لتأهيل فاقدى أعضاء الجسم عن طريق البتر، قام كل من علي عبد السلام وأحمد محمد (١٩٩٧) باختبار مجموعتين من المبتورين قوام كل واحدة منها (٥٠) فرداً، المجموعة الأولى تلقت برامج تأهيلية نفسية واجتماعية وطبية ومهنية، والثانية لم تتلق مثل هذه البرامج. وقد طبق على المجموعتين مقياس تنسى لمفهوم الذات. وقد اتضح من النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين فى مقاييس الذات الأخلاقية والأسرية

والاجتماعية لصالح المجموعة التى تلقت برامج تأهيلية. بينما كانت الدلالة فى صالح الذين لم يتلقوا برامج تأهيلية فى مقاييس الذات الجسمية ونقد الذات.

والنتيجة بهذا الشكل تعنى أن المجموعة التى لم تتلق التأهيل النفسى والاجتماعى والطبى والمهنى، تعانى مقارنة بالمجموعة الأولى من القلق والتوتر والشعور بالتعاسة والدونية؛ ذلك لأن العاهة الجسمية كما فى حالات البتر تعطل حواس المبتور وأعضاء الحركة عن القيام بوظائفها، كما تشير النتيجة أيضاً إلى احتمال افتقاد أفراد العينة الثانية إلى الدفاعات الذاتية، كما أنهم قد يكونوا مرضى مجردين من الدفاعات، وكل هذا مرتبط باضطراب صورة الجسم التى قد تؤدى إلى القلق، وإلى تشويه صورة الذات ونقدها . والنتيجة بهذا الشكل تشير ضمنياً أن المبتورين من المجموعة الأولى التى تلقت برامج التأهيل النفسى والطبى والاجتماعى والمهنى، وربما كانوا ممن تضطرب صورة الجسم لديهم، وربما كانوا أيضاً دائمى النقد لأنفسهم.

وفى دراسة كمب وكراوسى (١٩٩٩) على عينة من المسنين متوسط عمرهم (٥٠) عاماً، وهذه العينة قوامها (٢٦٠) فرداً مقسمين على النحو التالى: العينة الأولى تعانى من شلل أطفال قوامها (١٢١) وهم يتحركون بصعوبة ويعانون من أعراض ما بعد الشلل، والعينة الثانية قوامها (١٧٧) فرداً وهى تعانى من الشلل أيضاً بسبب إصابة الحبل الشوكى وهم لا يمكنهم الحركة، والعينة الثالثة عينة ضابطة لا تعانى الشلل قوامها (٦٢) فرداً. وقد طبق على المجموعتان أداتين، الأولى اختبار الاكتئاب للمسنين، والثانية استخبار الصحة والمزاج للبالغين.

وقد أسفرت النتائج عن أن الاكتئاب يتباين بتباين العينات، فهو أعلى لدى العينة الأولى والثانية مقارنة بالعينة الثالثة، وهو أعلى لدى العينة الثانية مقارنة بالعينة الأولى. كذلك الرضا عن الحياة، فالأسوياء أكثر رضىً عن الحياة وتقبلاً للذات، والحياة بشكل عام. أما برجر ومارنيسك (٢٠٠٠) فقد قاما

بدراسة لمعرفة تأثير الآثار الناجمة عن الشلل على استقلالية المعاقين ورضاهم عن الحياة. وقد كانت العينة قوامها (١٠٠) معاق حركياً، أرسل لهم استخبار بالبريد، وبعد تحليل النتائج وجد أن الأعراض الجديدة أو أعراض ما بعد الشلل تؤثر فى استقلالية المعاق وتجعله قانط وغير راض عن الحياة. كما أن هذه الأعراض تؤثر على أدائهم لأنشطتهم الحيوية واليومية.

أما هازيندونك وكروى (٢٠٠٠) فقد حاولا فى دراستهما معرفة تأثير الإعاقة على بعض الخصائص المعرفية والنفسية، وللتحقق من هذا قاما باختيار عينة قوامها (٢٣) معاقاً حركياً يعانون من أعراض ما بعد الشلل، و(٢٠) معاقاً حركياً لا يعانون من أعراض ما بعد الشلل، أى أن المجموعة الأولى مصابة بالإعاقة من مدة زمنية طويلة وظهر عليها تأثيرات الشلل أكثر مقارنة بالمجموعة الثانية، وأخيراً مجموعة ضابطة قوامها (٢٢) من الأسوياء. وقد طبقت عدة مقاييس نفسية وعقلية على العينات وهى: قائمة بك للاكتئاب "الصورة الثانية" واستخبار السلوك المرضى، واختبار المهام لبراون – بتيرسون، واختبار اوستن، واختبار استروب، واختبار كاليفورنيا للتعلم اللفظى، واختبار تكوين المحاولة، واختبار رموز الأرقام، وقد أسفرت النتائج عن أن المجموعة الأولى التى تعانى من أعراض ما بعد الشلل، أكثر اكتئاباً وأكثر توهماً للمرض مقارنة بالمجموعتين الثانية والثالثة، كما كشفت النتائج أنه لا فرق دال بين المجموعات فى باقى المقاييس النفسية، أما المقاييس العقلية الخاصة بالتذكر والانتباه والتركيز فقد كانت دلالتها لصالح عينة الشلل الأولى، غير أن الباحثين قد أشاروا إلى أن صعوبات التذكر والانتباه التى كشفت عنها من قبل من يعانون من أعراض ما بعد الشلل، هذه الصعوبات قد تكون متصلة بالمظاهر النفسية للمرض أو راجعة إليها أكثر من كونها متصلة بالتناقص فى الأداء المعرفى. وبمعنى آخر يوجد ارتباط دال بين بعض الاضطرابات النفسية التى تصيب المعاق حركياً وبين الضعف والعجز عن الأداء المعرفى الجيد من قبل المعاقين حركياً.

وفى دراسة وصفية لعينة من المعاقين قوامها (١٥) مريضاً، قام كل من وينبيرج واهلستروم (٢٠٠٠) بمقابلتهم لكى يصفوا ويعبروا عن خبراتهم المرضية، وكانت المقابلات تسجل ويدون فيها كل ما يأتى على لسان أفراد العينة. وبعد تحليل النتائج تبين أن العينة تتوافق مع حياتها الجديدة، ومع الأعراض الجديدة للمرض وأنهم يفكرون فى كل ما يتعلق بالمستقبل. وأنه رغم الخبرة المؤلمة للوقوع فى المرض، وتهديده لحياتهم، إلا أنهم عبروا عن أنهم يقضون حياة جيدة، وينجزون معظم طموحاتهم فى أماكن عملهم وحياتهم الأسرية، كما أشاروا إلى أن الموقف النفسى الاجتماعى لهم يتعقد نتيجة أعراض ما بعد الشلل، وهو ما يجعلهم أكثر عرضة للانعصاب، لكنهم قادرون على توجيه هذه الأعباء، ما عدا تلك التى تضيف عليهم إجهاد عضلى عصبى.

كذلك أكد كل من اهلستروم وكارلسون (٢٠٠٠) فى الدراسة التى قاما بها على عينة قوامها (٣٩) معاقاً عاشوا مع المرض مدة تزيد على ٢٥ سنة، أن نصف العينة وإن كان يشعر بوضاعة مسئولياته فى الحياة وأن الحياة غير جيدة بالنسبة لهم، إلا أن النصف الآخر ذكروا أنهم يعيشون مستويات من الرفاهية النفسية/ الاجتماعية، كما أشار ربع العينة إلى أن الشلل يعنى القوة والتطور الشخصى. وهذا يختلف مع دراسات أخرى سبق ذكرها حيث تبين منها أن المعاقين يرون أن الحياة قاتمة، وأنهم مكتئبون وغير ذلك من السمات التى تشير إلى أنهم يعانون بحق من عدد من الاضطرابات النفسية.

وفى الدراسة التى قام بها مصطفى عبد الباقى (٢٠٠١) للتعرف على السلوك التوكيدى لدى عينتين من المعاقين بإعاقات مختلفة، الأولى تتكون من (٣٠) معاقاً تلقوا برنامج تأهيل، ولديهم أعمال يزاولونها، والثانية من (٣٠) معاقاً لم يتلقوا أى برامج تأهيل، وخاصة البرامج النفسية، وغير منخرطين بالمجتمع ولا يزالون أعمالاً بصفة منتظمة، لأسباب شخصية. وقد طبق عليهم مقياس التوكيدية لدى المعاقين. وقد أسفرت النتائج عن أن العينة التى تلقت تأهيل تتسم بخصائص نفسية مثل الاستقلال والاعتماد على النفس، والثقة بها،

وارتفاع مستوى التوكيدية، والميل إلى التفرد، والخصوصية، والبعد عن الإذعانية أو العدوانية، وتمتعهم بدرجة صحية من الطموح والسعى نحو تأكيد الذات، والتفوق النفسى، بل والحرص عليه. وتأدية مهامهم بكفاءة واقتدار، مما يشعرهم بأنهم ليسوا فى حاجة إلى الآخرين كثيراً. وأنهم ليسوا عبئاً على الأسرة أو المجتمع. وهذه هى الجوانب التى يفتقدها أفراد المجموعة الثانية من المعاقين المنعزلين رهن إعاقتهم.

فروض الدراسة:

من خلال ما تقدم وما عرض من نتائج فى سياق الدراسات السابقة تحددت صياغة فروض البحث على النحو التالى:

١- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركياً والأسوياء فى متغيرات المثلث العصابى وهى: توهم المرض، والاكتئاب، والهستيريا.

٢- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركياً والأسوياء فى متغيرات المثلث الذهانى وهى: البارانويا، وتوهم المرض، والسيكاثينيا.

الإجراءات المنهجية للبحث:

أ- العينة: تم تقسيم العينة إلى ما يلى:

١- عينة المعاقين حركياً، وهى تتكون من (٧٠) معاقاً حركياً من الذكور الذين يترددون على جمعية التأهيل المهنى بالإسكندرية، وقد تراوحت مدة الإصابة بالإعاقة الحركية ما بين ٢٢ ـ ٤٠ عاماً.

٢- عينة الأسوياء، وهى تتكون من (٧٠) مفحوصاً من الأسوياء الذين ليست بهم إعاقة حركية، أو بدنية، أو إعاقة من أى نوع. هذا وقد تراوح المدى العمرى للعينتين ما بين ٣٠ ـ ٥٥ عاماً.

ب ـ التطبيق ووصف العينة:

تم تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه كاملاً على جميع أفراد العينتين، وذلك للإفادة من نتائج بقية المقاييس فى دراسة أخرى للباحث، وكذلك للحصول على قيمة درجة مقياس التصحيح (ك)، لإضافة نسب معينة منها إلى بعض المقاييس المستخدمة فى سياق البحث الحالى. وفيما يلى نعرض للتطبيق على عينتى البحث.

أولاً: بالنسبة لعينة المعاقين حركياً:

تم التطبيق على أفراد تلك العينة بشكل منفرد بمركز جمعية التأهيل المهنى بالإسكندرية، وهذا المركز يتردد عليه جميع المعاقين من المسجلين بمكاتب المعاقين للتأهيل المهنى وعددها ستة مكاتب على مستوى الإسكندرية وجميعهم يعانى من إعاقات حركية مختلفة، فمنهم من يعانى من إعاقة حركية فى ساق واحد، أو ساقين، ومنهم من يعانى من إعاقة حركية تشمل الأطراف العلوية والسفلية، ومعظمهم يستخدم أدوات مساعدة مثل العكاز، أو العكازين، ومنهم من يستخدم سنادات طبية، أو كراسى متحركة، وجميعهم يترددون بشكل دائم على المركز للإفادة من الخدمات التأهيلية والطبية التى يقدمها المركز لرواده.

ثانياً: بالنسبة لعينة الأسوياء:

تم انتقاء العينة من عدة مناطق من مدينة الإسكندرية ممن يعرفهم الباحث أو يعرفهم أحد من أصدقاء الباحث، وقد كان التطبيق يتم أيضاً بشكل منفرد.

وقد استغرق التطبيق (١٩) شهراً. نظراً لأن عينة المعاقين وإن كان ترددهم دائماً إلا أنهم كانوا يأتون فى أيام محددة وليس كل يوم.

ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين فيما يتعلق بالمستوى العمرى والاقتصادى، والاجتماعى، والثقافى.

جـ: أداة البحث:

استخدم الباحث فى الدراسة الحالية اختبار الشخصية المتعدد الأوجه الذى يعد من أهم الأدوات التى وضعت لقياس الشخصية عن طريق التقرير الذاتى وهو من تأليف كل من ستارك هاثاواى، وج. س. ماكنلى، وقد أعده للعربية كل من لويس كامل مليكه، وعطية محمود هنا، ومحمود عماد الدين إسماعيل.

والاختبار يفيد بوصفه أداة للتقويم الإكلينيكى، ويقدم صورة متكاملة عن الجوانب المتعددة فى شخصية الفرد، تتمثل فى درجات على المقاييس المختلفة التى يتكون منها الاختبار. وللاختبار صورتان جمعية وفردية، الصورة الفردية المستخدم بعض مقاييسها فى الدراسة الحالية تتكون من(٥٥٠) فقرة، أضيف إليها (١٦) فقرة مكررة فى الصورة الجمعية، وفى ورقة الإجابة.

وتغطى فقرات الاختبار مدى واسعاً من الموضوعات التى تتناول الجوانب المختلفة فى الشخصية مثل الصحة العامة، والنواحى الصحية بما فيها من أجهزة الجسم المختلفة، العادات، العائلة، الزواج، المهنة، التعليم، الاتجاهات الجنسية، والاجتماعية، والدينية، والسياسية، والنزعات السادية، والمازوخية، والهواجس، والهلاوس، والمخاوف المرضية، والحالات الانفعالية المختلفة بما فيها حالات الاكتئاب، والحالات الوسواسية والقهرية والروح المعنوية وما يتصل بالذكورة والأنوثة واتجاه المفحوص نحو الاختبار. وقد صنفت هذه الفقرات فى أربعة مقاييس صدق هى مع رموزها: عدم الإجابة(؟)، الكذب (ل)، الخطأ أو التواتر (ف)، والتصحيح (ك)، وعشر مقاييس إكلينيكية هى مع رموزها: توهم المرض (هـ س)، الاكتئاب (د)، هستيريا (هـ ى)، الانحراف السيكوباتى (ب د)، الذكورة ـ الأنوثة (م ف)، البارانويا (ب أ)، السيكاثنيا (ب ت)، الفصام (س ك)، الهوس الخفيف (م أ)، والانطواء الاجتماعى (س ى).

وقد انتقى الباحث ستة مقاييس إكلينيكية هى: توهم المرض والاكتئاب والهستيريا والبارانويا والسيكاثينيا والفصام، وذلك لتطبيقها فى سياق البحث الحالى على أساس التصنيف الموضوع من قبل واضعى المقياس والذى يرى أن المقاييس الثلاثة الأولى تمثل المثلث العصابى، والمقاييس الثلاثة الأخرى تمثل المثل الذهانى.

ثبات اختبار الشخصية المتعدد الأوجه وصدقه:

استخدم هذا الاختبار على وجه الخصوص فى مئات الدراسات وتم التحقق من صدقه وثباته، وكذلك ثبات مقاييسه الفرعية وصدقها، الأمر الذى يرى الباحث معه الاكتفاء بما حققه هذا الاختبار من نتائج فى تلك الدراسات وبما حققه من قدر عال من الثبات والصدق.

الأساليب الإحصائية:

حسبت فى الدراسة الحالية المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعينتى البحث، كما تم حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

النتائج ومناقشتها (*):

جدول (١) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات الحسابية وقيم (ت) لمتغيرات توهم المرض والاكتئاب والهستيريا لدى المعاقين حركياً والأسوياء.

العينة / المتغير	المعاقين حركياً		الأسوياء		قيمة ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
توهم المرض	١٧,٨	٣,٠٨	١٥,٧٦	٣,٠٥	٣,٩١	٠,٠١
الاكتئاب	٢٦,٣٦	٣,٧١	٢٥,٢٣	٤,٢٢	١,٦٧	غير دالة
الهستيريا	١٢,٨٦	٢,٧٧	١٥,٧٠	٣,٢٨	٥,٤٩	٠,٠١

(*) حسبت الدرجة الخام لمقياس توهم المرضى بعد إضافة (٠,٥ ك) كما حسبت الدرجة الخام لكل من مقياسى السيكاثينيا والفصام بعد إضافة الدرجة ك.

جدول (٢) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت) لمتغيرات البارانويا والسيكاثينيا والفصام لدى المعاقين حركياً والأسوياء.

المتغير / العينة	المعاقين حركياً		الأسوياء		قيمة ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
البارانويا	٢٢,٤٠	٢,٣٥	٢٠,٥٦	٢,٠٥	٤,٩٠	٠,٠١
السيكاثينيا	٢٤,٧٣	٢,٧٦	٢٢,٨٣	٢,٣٢	٤,٣٨	٠,٠١
الفصام	٣١,٤٣	٣,١٦	٣١,٣٦	١,٩٨	٠,١٦	غير دالة

مناقشة نتائج الفرض الأول:

أولاً: بالنسبة لمتغير توهم المرض:

بالنظر فى جدول (١) يتبين أن قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠١,) لصالح عينة المعاقين حركياً. والنتيجة بهذا المعنى تشير إلى اهتمام من قبل المعاقين حركياً غير عادى بوظائف الجسم وشكاوى توهم مرض غامضة، وتشاؤم وشعور بالمرارة، وبنقص الكفاءة الشخصية والفعالية. كما أنهم يبالغون فى علل العالم وفى موقفهم، ونادراً ما يعبرون عن عدائيتهم بصورة ظاهرة، ولكنهم يعبرون عن هذه المرارة بصورة مقنعة باستخدام الشكاوى الجسمية للتحكم فى الآخرين. وما يؤيد هذا أن نسبة ٥٤,٣% من مجموع عينة المعاقين حركيا تقع فى حدود عدم السواء الإكلينيكى، بينما نسبة ١٤,٣% من مجموع عينة الأسوياء تقع فى حدود عدم السواء الإكلينيكى.

إن المعاقين حركياً يعتبرون من أكثر الناس شعوراً بالمرارة والألم مهما حاولوا أن يخفوا هذا؛ ذلك لأنهم فى معظم المواقف يجدون أنفسهم دون غيرهم من الأسوياء. فالأسوياء يمرحون، ويلعبون، ويصعدون، يذهبون، يجيئون، كل شئ بالإمكان يفعلونه أما هم فلا حول لهم ولا قوة، وكل ما يمكنهم فعله أو القيام به يتوقف على نسبة الإعاقة، فإن كانت بسيطة كأن تكون إعاقة فى ساق واحدة فسوف يستخدم عكازاً أو عصا أو غير ذلك من الأدوات

المساعدة، مع الأخذ في الاعتبار أنه بفقدان ساق واحدة يفقد المعاق حركياً ذراعه أيضاً لأنها سوف تسخر لخدمته كي تساعده على الحركة.

هذه الإعاقة البسيطة هي التي تتحكم في حركته وسلوكه وما يمكن أن يفعله، والأشد والأقوى من هذا لو كانت الإعاقة في الساقين، فسوق تتقيد معهما اليدين لاستخدام العكازين أو غيرهما، وبالتالي تكون حركته بطيئة هشة، وبسهولة يسقط على الأرض إذا أعاقه شئ، أما لو كانت إعاقته شديدة جداً كأن لا يمكنه التحرك إلا على كرسي متحرك، فحدث ولا حرج من الإحساس بنقص الكفاءة الشخصية وعدم الفعالية، حيث الأمر يتطلب تدخل الغير للمساعدة، لا في التنقل والحركة من مكان إلى مكان فحسب، بل في قضاء أي أمر من الأمور البيولوجية والفسيولوجية. وما أصعب هذا وما أقساه وأعنقه على نفس المُقْعَد! خصوصاً لو كان هذا المُقعَد صحيحاً سوياً قبل أن تأكل الإعاقة جسده، أو يسري الشلل في أطرافه.

وكل ما سبق قد يدفع بعض المعاقين حركياً إلى أن يكثروا من الشكاوى البدنية لا لشئ إلا لأنهم يرغبون أن يكونوا محل أنظار الغير، ولأنهم لديهم إحساس داخلي أنهم إن لم يفعلوا ذلك فسوف يهملون ويتركون، وهم يرغبون دائماً أن يقولوا نحن هنا، نحن موجودون، لا تتركونا وحدنا لأننا مثلكم.

كما أن التدهور الذي يزداد مع تقدم العمر في صحتهم يجعلهم بمرور الوقت أكثر ضعفاً مما يزيد من عبء الضغوط النفسية الانفعالية عليهم، الأمر الذي يكون معه الشكوى والحاجة.

إن الباحث في نفس المعاق حركياً، بعمق وتأمل، سوف يجد أنه مجبر على الاهتمام غير العادي بجسده، وسلوكه قهري في هذا الأمر، وهذا مما قد يصل به إلى أن يكون توهمه للمرض توهماً غامضاً، وهو غامض - من وجهة نظر الباحث - لأنه هو نفسه لا يعرف لماذا يشكو، لكنه يريد، أن يكون موجوداً. إنها علة نفسية تدفع بالمعاق حركياً دفعاً نحو الاكتئاب في أحيان

كثيرة، وفى عينة البحث الحالى يتحقق هذا بشكل لافت للنظر حيث أنه برغم أنه لا توجد فروق بين المعاقين حركياً والأسوياء فى متغير الاكتئاب إلا أن درجتهما تقع فى حدود اللاسواء الإكلينيكى، ويتأكد هذا إذا علمنا أن نسبة ٨٤,٣% (درجة تائية ٧٠ وما فوق) من المعاقين حركياً يتجهون نحو الاكتئاب. وهذا ما سوف نناقشه فيما بعد.

والنتيجة الحالية تؤكد المقولة العلمُية ـ النفسية وهى أن توهم المرض أحياناً يكون هو المصدر الأساسى للاكتئاب، وبذلك تنعكس العملية الدينامية، أى أن خوف المريض على صحته الجسمية قد يكون هو مصدر الاكتئاب. على أن الباحث يود أن يضيف فى هذا الصدد أنه ربما يكون الخوف على الصحة مصدره أنه فقد كل شئ ولم يتبق له ما يخاف عليه إلا صحته الجسمية، فيتخذ كل السبل السوية وغير السوية لتحقيق هذا، وهو يفعل دائماً هذا كنوع من الدفاع عن النفس وبقاؤها وبالتالى استمراريته هو.

كما يود الباحث الإشارة إلى أن التحليل العاملى لهذا المقياس على وجه الخصوص قد كشف عن عامل مشترك هو الصَحة البدنية الضعيفة. كما أن هناك مقاييس أخرى من المقاييس الخاصة والجديدة التى استخرجت من مقياس الشخصية المتعدد الأوجه تشتمل على نسبة كبيرة من فقرات المقياس، من هذه المقاييس: مقياس "الأعراض البدنية" ومقياس "الأعراض العضوية" ومقياس "الصحة الضعيفة" فهل معنى أن فقرات المقياس تتضمن إشارة إلى الأعراض البدنية أو العضوية أو الصحة الضعيفة؟ هل هذا يسهم فى إبراز المعاقين حركياً كمتوهمين للمرض؟ من يعلم؟

وبالنظر فى الدراسات السابقة نرى أن دراسة(دونالد وآخرون، ١٩٨٩)، قد أشارت إلى أن درجات المعاقين حركياً لدى مجموعتى الإعاقة على مقياس توهم المرض من اختبار MMPI قد جاءت فى حدود السواء. وبهذا تختلف هذه النتيجة مع النتيجة التى توصلت إليها الدراسة الحالية، ونفس النتيجة جاءت فى

الدراسة التى قام بها كل من (كلارك وآخرون، ١٩٩٤) والتى استخدم فيها اختبار الشخصية المتعدد الأوجه "الصورة الثانية" حيث أشارت هى الأخرى إلى أن المشلول المعاق حركياً تقع درجته فى حدود السواء المرضى. وبتتبع معاودة القراءة فى الدراسات السابقة نجد إشارة إلى ارتفاع درجة المعاقين حركياً على مقياس الأعراض الجسمية، وذلك فى دراسة (كونرادى وآخرين، ١٩٨٩)، وفى هذا إشارة وتأكيد لما سبق حيث اهتمام المعاق حركياً بأعراضه أو بالأعراض الجسمية، وكذلك دراسة (دونالد وآخرين، ١٩٨٩) حيث شيوع الاستجابات على بنود الصور الجسدية، وأيضاً دراسة (هازيندك وكروى، ٢٠٠٠)، حيث أشارت إلى أن الأسوياء أقل توهماً للمرض مقارنة بمجموعتى الإعاقة الحركية موضوع الدراسة، وكل هذا يتفق مع نتائج الدراسة الحالية.

ثانياً: بالنسبة لمتغير الاكتئاب:

بالنظر فى جدول (١) يتبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين عينتى البحث فى متغير الاكتئاب، والدرجة بهذا الشكل لا تعنى السواء برغم عدم الدلالة الإحصائية؛ إذ أنه مما يلفت النظر أن متوسطات الدرجات لدى العينتين تدل على أنها خارج المعدل الإكلينيكى مما يعد إشارة سافرة تؤكد سمة الاكتئاب لدى العينتين (المعاقين حركياً والأسوياء)، فقد تمثل الاكتئاب بنسبة ٨٣,٣% لدى عينة المعاقين حركيا، بينما تمثل نسبة ٥٧,٧% لدى الأسوياء، (درجة تائية ٧٠ وما فوق للعينتين).

وإذا كانت الدرجة المرتفعة تشير إلى أن أصحابها يتسمون بالاكتئاب والقلق وتقلب المزاج والمعاناة من الكف وفرط الحساسية لمستواهم الوظيفى الاكتئابى، وهم عادة منطوون ومعزولون، فهذا الأمر قد يكون مقبولاً بالنسبة للمعاقين حركياً للظروف الخارجية اللاإرادية التى ألمت بهم وحولت حياتهم إلى عذابات يومية وشبه يومية، لكن من غير المقبول أن يكون الأسوياء منطوين ومعزولين.

إن النتيجة بالنسبة للأسوياء دلالة واضحة على أن العصر الذى نعيشه هو عصر الاكتئاب وهو إشارة جادة إلى الكَـبَـدَ الذى يلاقيه الناس فى حياتهم. فالمخاطر من كل جانب والضغوط البيئية تطوق أعناقهم، تخنقهم كما تخنق غيرهم بلا رحمة ولا هوادة، إن كل الأمور الحياتية صارت لا تطاق، لم يعد الإنسان فيها آمناً على نفسه ولا على يومه أو غده ولا على مستقبل من يعول، خصوصاً ونحن كل يوم نجد متغيرات على الساحة المحلية والدولية تشير إلى أن البقاء للأقوى حتى وإن كان ظالماً. وأن صاحب الحق عليه أن يلعق التراب، بل لا مكان له، كما ارتفعت الأسعار فى كل شئ، وهذا الارتفاع كما يقولون أكل معه الأخضر واليابس، تتغير أمور كثيرة نحو الأسوأ، ولا تعديل إيجابى نحو الارتقاء بالإنسان، والصعود به إلى قمة جبل الأمن والأمان، بل الهبوط به نحو بئر الحرمان والتفكير الدائم فى الخروج منه، مع الأمل البعيد، والحلم السقيم، والسبات العميق.

فهل ما سبق جعل من أسوياء عينة البحث الحالى ينحون منحى الكسالى فصاروا غير مفرطى النشاط؟ بل وصل الأمر بهم إلى أن يكون من الصعب استثارتهم، وأنهم من شدة الضغوط صار النوم عسيرٌ عليهم وفقدوا الشهية للطعام. أم أن الحال لن يكون هكذا إذا درسنا عينة أخرى أو كان حجم العينة الحالية أكبر مما عليه، من يعلم؟

أما بالنسبة للمعاقين حركياً فالنسبة (٨٣,٤%) لا تدع مجالاً للشك بأنهم يعانون ويقاسون، خصوصاً وأن عدد كبير من الدراسات يؤكد هذا. كما أنهم أعضاء فى مجتمع الأسوياء يتأثرون كما يتأثر الأسوياء، وما يلحق بالسوى يلحق بالمعاق. إن الدرجة إشارة واضحة إلى حزن عام ومزاج اكتئابى، أما بالنسبة للذات أو للحياة. وهو إشارة أكيدة نحو زيادة التشاؤم واليأس اللذين يعمان حياة المعاق حركياً، فينزع نحو الشعور بالذنب أو الدونية، والانتقاص من قدر الذات والإنزواء والاكتئاب.

إن دلالة الدرجة التى حصل عليها المعاقون حركياً والتى تشير إلى ما سبق يدعمها الكثير من الدراسات، ففى دراسة فيوليت ابراهيم (١٩٨٦) ما يؤكد أن المعاق عندما يبتعد عن الدونية والانتقاص من قدر الذات، ينمو مفهوم الذات لديه، ودراسة دونالد وآخرين (١٩٨٩)، تؤكد أن المعاقين حركياً لديهم اضطرابات مزاجية لافتة للنظر، وما يدل على الاكتئاب مثل اضطرابات التوافق، والاكتئاب الدورى، وحوادث الحياة الاكتئابية، وليس هذا فحسب فهناك من حاول الانتحار. وأنهم يصعب عليهم النوم ويشعرون بالذنب، مع فقدان الشهية.

وبرغم النتائج التى أبرزتها دراستا دونالد وآخرين (١٩٨٩) وكلارك وآخرين (١٩٩٤) والتى تم فيها تطبيق اختبار MMPI، إلا أنها لم تتفق مع نتائج هذه الدراسة، ذلك لأن نتائج الدراستين قد أشارتا إلى أن درجات المعوقين حركياً لم تصل إلى درجة اللاسواء الإكلينيكى. أما فى الدراسة الحالية، فالدرجة لدى الأسوياء والمعاقين حركياً قد وصلت إلى المعدل الإكلينيكى وعند درجة تائية (٧٠)، والتى تشير إلى ما يؤكد الاكتئاب الإكلينيكى. وهذا على الرغم من عدم وجود فروق دالة إحصائياً بينهما على متغير الاكتئاب.

إن الاكتئاب شائع بصورة ما أو بأخرى لدى المعاقين حركياً، وهذا ما تؤكده دراسة كوننرادى وآخرين (١٩٨٩) ودراسة فردريك (١٩٩١)، ودراسة تات وآخرين (١٩٩٣) التى أجريت على عينتين معاقتين إحداهما تتسم بالاكتئاب والشعور بالكرب والهم، ودراسة تات أيضاً (١٩٩٤) التى أجريت أيضاً على عينتين معاقتين أحدهما مكتئبة، والتى أكدت أن المعاقين حركياً المكتئبين يميلون إلى الانطواء والعزلة والعيش بمفردهم: أما دراسة دن (١٩٩٦) ففيها إشارة ضمنية إلى أن تقبل الاستئصال والبتر يكون له تأثير على الحد من الاكتئاب.

ودراسة مارى (١٩٩٦) التى أكدت فيها على انتشار الاكتئاب لدى عينة دراستها بنسبة ٧٠%، أما دراسة علي عبد السلام وأحمد محمد (١٩٩٧)، فبرغم أنها أشارت إلى أن المبتورين الذين لم يتلقوا التأهيل يعانون من بعض أعراض الاكتئاب مثل القلق والتوتر والشعور بالتعاسة والدونية مقارنة بمن تلقوا التأهيل، إلا أن الباحث يتحفظ على هذه النتيجة، لأن التأهيل، والعلاج يحتاج مدة أطول بكثير قد تصل إلى سنوات لأن إزالة ما رسب في النفس من نواحى نقص وعدم اكتمال وكآبة، ليس من السهل أن يلقيها المعاق خلف ظهره فى مدة زمنية وجيزة.

وفى دراسة كمب وكراوسى(١٩٩٩) أيضاً تبين أن الأسوياء أقل اكتئاباً، كما أشارت إلى أن الاكتئاب يتباين بتباين نوع وحجم الإعاقة الحركية، فأصحاب الإعاقة الناتجة عن شلل فى الحبل الشوكى أكثر اكتئاباً من عينة الشلل التى تعانى من آثار ما بعد الشلل وهكذا. وأخيراً دراسة هازيندونك وكروى (٢٠٠٠) التى أكدت هى الأخرى فى نتائجها على أن العينتين المعاقتين أكثر اكتئاباً من الأسوياء.

وإذا كان ما سبق فيه ما يؤكد اتصاف المعاقين حركياً بالاكتئاب، إلا أن الباحث يود الإشارة إلى دراسة برونو (١٩٩٥) التى تشير إلى أن مجموعتى الإعاقة موضوع دراسة تعانيان الاكتئاب لكنه لم يصل إلى الحد الإكلينيكى المرضى، وبمعنى عدم دلالة الفروق من الناحية الإحصائية، ودراسة كمب وآدمز وكامبيل (١٩٩٧) التى أشارت إلى أنه لا توجد فروق بين الأسوياء والمعاقين حركياً فى انتشار الاضطرابات الاكتئابية لدى العينتين. وكذلك دراسة سوزان وبرونو (١٩٩٧) التى أكدت هذا بل أضافت أن الأسوياء أقل اكتئاباً من مجموعتى الإعاقة أيضاً، ودراسة أهلستروم وكارلسون (٢٠٠٠) التى تؤكد عكس ما تراه معظم الدراسات من أن المعاقين يرون الحياة على أنها قاتمة، وأنهم مكتئبون.

ثالثاً: بالنسبة لمتغير الهستيريا:

بالنظر فى جدول (١) يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين فى متغير الهستيريا لصالح الأسوياء وبالنظر فى جداول تفسير الدرجات على هذا المقياس يتبين أن جميع أفراد العينة السوية لم تصل إلى الحد الإكلينيكى (٧٠ درجة تائية وما فوق) وبالمثل لدى عينة المعاقين حركياً، بل إن نسبة ٦٠% من عينة المعاقين حركياً لم يصل معدل درجاتهم إلى الحد الإكلينيكى الأدنى عند تفسير الدرجة وهو (٤٤ درجة تائية فأقل).

والنتيجة بهذا الشكل لم تؤكدها سوى دراستى دونالد وآخرين (١٩٨٩) وكلارك وآخرين (١٩٩٤)، حيث أشارتا إلى أن درجات المعاقين على مقياس الهستيريا تقع فى المعدل الإكلينيكى. هذا على الرغم من أنه لم يرد بالدراستين أية إشارة إلى الحد الإكلينيكى الذى يجب أن يأخذ فى الاعتبار أن الدرجة قريبة من السواء الإكلينيكى.وكذلك لم تتناول الدراستان عينات سوية كدراسة مقارنة، وهذا ما يأمل معه الباحث أن تكون هذه النتيجة إضافة علمية جديدة فى مجال علم النفس.

وبرغم أن الدرجة التى حصل عليها الأسوياء لم تتجاوز المعدل الإكلينيكى المرضى، إلا أنها أيضاً لم تتجاوز المدى الذى يمكن أن يقال معه أنهم غير هستيرين، حيث تبين أن ٨٥,٧% منهم قد حصلوا على درجات منخفضة تماثل الدرجة التائية (٤٤ فأقل)، وهذا يعنى أنهم معزولون اجتماعياً ومسايرون وتنقصهم الرغبة فى المغامرة، كما تنقصهم الاهتمامات، ويشعرون أن الحياة قاسية، كما أنهم ساخرون ولديهم دفاعات قليلة لوقايتهم من البيئة الخارجية، ومن ثم فهم معرضون لوطأة البيئة القاسية. وهذه النتيجة ربما تكون إشارة إلى أن الأسوياء لديهم ما تحويه الصدور هم أيضاً، وما لم يكشفوا عنه من الناحية النفسية على الأقل. فالدرجة تمثل درجة من درجات الاضطراب العصابى، وهى إشارة لا يمكن إغفالها، خصوصاً وأن درجتهم على متغير

الاكتئاب تقع فى حدود الاضطراب الإكلينيكى، وهى إشارة أيضاً إلى أنهم فقدوا الكثير من الاهتمامات، ويؤثرون العزلة والبعد عن المغامرة، فالحياة بالنسبة لهم لا تحتمل أكثر من هذا. وإذا بذلوا الجهد فيكون قليلاً وذلك لحمايتهم من البيئة الخارجية التى يعانون وطأتها. والسؤال هل النتيجة بهذا الشكل تمثل أحد الآثار السلبية التى يسببها المجتمع الذى نعيش فيه؟ وهل تأثير هذه الآثار المجتمعية التى يعيشها الأسوياء يصل إلى حد أن تعتل صحتهم النفسية؟ أم أن العيب فى الأسوياء أنفسهم الذين استسلموا للظروف والأحوال المحيطة بهم، وجعلوا الدنيا تعلو بهم وتهبط، وتقلبهم كيفما تشاء.

ونختم تفسير نتيجة الفرض بأن نلفت النظر إلى بعض ما يعانيه أصحاب الإعاقات الحركية على وجه الخصوص. وذلك من واقع نتائج الدراسات السابقة التى لم نشر إليها حتى الآن حيث أشارت بعض الدراسات إلى ما يدل على اضطرابهم عصابياً ووجدانياً، وأشار بعضها الآخر إلى أن لديهم سمات وخصائص إيجابية، والغرض من هذا أن نقف عند الحد الذى يمكننا من فهم شخصية تلك الفئة من ذوى الاحتياجات الخاصة، حتى نتمكن من دعم الجوانب الإيجابية فى شخصياتهم، وتقويم وتعديل سلوك تلك الجوانب السلبية فى حياتهم حتى نعدهم أفراداً أسوياء نفسياً يقبلون المجتمع، ويقومون بدورهم فى الحياة وهم راغبون فيها.

ويمكن أن نجمل صور تلك الاضطرابات العصابية فيما يلى:
اضطراب مفهوم الذات، العداوة، التوتر الزائد، النظرة التشاؤمية تجاه الحياة، عدم الرضا بالحياة ولا بالوضع الوظيفى، ضعاف من حيث القدرة على التغلب على المشكلات الناجمة عن الإعاقة، تتسم شخصياتهم بسلوك "نمط أ" حساسين للنقد والفشل، يعانون القلق فى عدة صور منها: قلق البتر، قلق العزل أو الانفصال، قلق الانتشار أو القلق غير المحدود، قلق الارتياب، قلق الخجل والاستياء، قلق الموت، قلق مشاعر الذنب، تفاعلات اجتماعية سلبية، اضطراب

النوم، الانعصاب، الوحدة النفسية، نقد الذات واضطراب صورة الجسم، وأخيراً انخفاض مستوى التوكيدية.

إن ملخص هذه النتائج ما هو إلا قطرة فى محيط، والأمر يحتاج إلى العديد من الدراسات، وإلى شحذ الهمم حتى نقدم لهم الخدمات والرعاية التى تبدل نفوسهم من الاضطراب النفسى إلى الصحة النفسية.

مناقشة نتائج الفرض الثانى

أولاً: بالنسبة لمتغير البارانويا

بالنظر فى جدول (٢) يتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركياً والأسوياء فى متغير البارانويا وذلك عند مستوى (٠,٠١) لصالح المعاقين حركياً. وهذه الدلالة تعنى أن المعاقين حركياً مقارنة بالأسوياء متشككون، عدائيون، حذرون، مفرطو الحساسية، مجالون، ينزعون إلى لوم الآخرين، ويعبرون عن عدائيتهم غالباً بصورة ظاهرة، ويبررون ذلك بأنه نتيجة لما فعله الآخرون بهم. ويطغى على سلوكهم التمركز – حول – الذات والتمسك الشديد بالأخلاقيات.

وهذه النتيجة تعنى أن استجاباتهم تقع بعيدة عن السواء الإكلينيكى، وبمعنى آخر فهى قد تعد إشارة مرضية لخلق بارنويدى واضح. ذلك أن نسبة ٩٤,٣% من الدرجات قد وقعت فى حدود اللاسواء (تائية ٧٠ وما فوق). والنتيجة فى حد ذاتها لا ينبغى أن تمر هكذا، أو لمجرد التعرف إلى الفروق بين مجموعتين ما، بل يجب أن نتوقف عندها لأنها ذات دلالة مرضية، فإذا كان الفرد (المعاق حركياً) قد لا يظهر فعلاً دليلاً على اضطراب فكر ذهانى، إلا أنه كما سبق أن ذكرنا عادة ما يظهر خلقاً بارنويدياً واضحاً.

وهذا إشارة للفكر الذى لا يمكن أن يطلع عليه أحد لدى المعاق حركياً إلا هو، ولا يمكن الكشف عن هذا إلا ببعض الوسائل منها البحث العلمى أو أن يكون الفرد على دراية كاملة بالمعاق وما يعتمل داخل نفسه، أو المعاق نفسه

عندما يجيب صراحة على بنود مقياس كهذا. والباحث لا يرى غرابة فى هذه النتيجة، فإذا كانوا ـ كما أشارت النتائج السابقة ـ متشائمين ويشعرون بالمرارة، وبنقص الكفاءة الشخصية والفعالية ويعبرون عن مرارتهم بصورة مقنعة باستخدام الشكاوى البدنية للتحكم فى الآخرين، ومزاجهم مضطرب، ومنطوون عادة، ومعزولون، وكل هذا يمثل خصائص سلبية تجعلهم يشعرون بعدم الرضا عن الذات، فكيف لا نجدهم مُفرطوا الحساسية. إن أى إنسان آخر سوى لا إعاقة به، لو اعتلت صحته لأى سبب من الأسباب سيتحول وستتغير أشياء كثيرة فى شخصيته. وإذا طالت مدة العلة فليس هناك ما يمنع من أن يضطرب نفسياً بأى صورة من الصور.

إن نزوعهم نحو لوم الآخرين، والتعبير عن عدائهم تجاههم. لا يكون بصورة ظاهرة على طول الخط كما تشير النتائج، لكنه من ـ وجهة نظر الباحث ـ تعبير عن النقص والفجوة الرهيبة بين المعاق حركياً وبين السوى، فالمعاق حركياً بمثابة سجين أو أسير، سلبت حريته وتناقصت أحاسيسه بقيمته، وصار محصوراً فى دائرة روتينية، وأفعال لا يخرج عن نمطها كل يوم، وإذا استطاع لا يمكنه أن يتجاوز حداً معيناً، وهو دائماً ما يحاول، نشط، يفعل الكثير، لكنها برغم هذا أفعال وسلوكيات مسطروة بخطوط معينة ومصبوغة بلون معين، وعليه أن يقبل وإلا كان المصير اعتلال الصحة النفسية وهو أسوأ عقاب يمكن أن يناله المعاق، بل هو أول درجات الاضطراب النفسى فى مجال الصحة النفسية بالنسبة لهم.

والتمركز حول الذات إن لم يكن من خصائص المعاق حركياً على وجه الخصوص، فلمن يكون إذن؟ إن كل الشواهد التى يمر بها المعاق حركياً وكل الظروف الاجتماعية والبيئية والأسرية منذ اللحظة التى يصاب فيها المعاق إلى اللحظة التى هو عليها تدك جبال، فكيف بها ومن فى طريقها إنسان؟!

إن كل أفراد عينة البحث كانوا أسوياء قبل الإعاقة، مثلهم مثل غيرهم، لكنها الإرادة الإلهية، كانت الدنيا ملء أكفهم، وأقول هذا لأنى سمعت هذا من أحدهم، لكنها تبخرت كالبخور الذى ما يلبث أن يلاتشى ولم يعد له وجود، لقد تبدل الحال، وصاروا لا يملكون إلا الفكر والفكر والفكر، ربما يجنح بهم هنا أو هناك، لكنهم حتماً عائدون أو سيعودون، لكن بماذا؟ هذا سؤال يجيب عنه المعاق حركياً عند سؤاله. ونأتى لنقطتين آخريين وهما التمسك الشديد بالأخلاق، والعدائية. فالأولى فرضتها الإعاقة وهى أسمى ما يمكن أن يفعله المعاق حركياً ويتسلح بها وهى التى ربما تدفعه دفعاً إلى الأمام وإلى الالتجاء والاحتماء بالله، فيتجنب المرض النفسى ويسلم من شرور كثيرة، ربما كان سيفعلها لو كان سوياً. أما الثانية وهى العدائية فلا أظن أنها سمة رئيسية لديهم أو أنها تحكم سلوكهم، لأنهم لا يملكون هذا لأسباب كثيرة، صحيح أن لكل قاعدة شواذ، والتى ربما يقال معها أن كل ذى عاهة جبار، لكن الغالبية تحول ظروفهم دون هذا السلوك، إن الذى يملكونه هو التعبير بالغضب، بالانفعال، بالثورة، وغير ذلك هم لا يفعلون، قد يلوحون، يجادلون، يحاورون، لكنهم ليسوا عدوانيين. وباستطلاع التراث السيكولوجى الممثل فى الدراسات السابقة، نجد أنه لا توجد دراسة واحدة - حسب حدود علم الباحث - قد اتفقت نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية، حتى دراسة (دونالد وآخرين، ١٩٨٩)، ودراسة (كلارك وآخرين، ١٩٩٤). كل منهما أكدت على أن درجات المعاقين حركياً تقع فى حدود السواء المرضى من حيث متغير البارانويا.

ثانياً: بالنسبة لمتغير السيكاثينيا:

بالنظر فى جدول (٢) يتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين المعاقين حركياً والأسوياء فى متغير السيكاثينيا وذلك لصالح عينة المعاقين حركياً. والنتيجة على الرغم من كونها فى صالح المعاقين حركياً إلا أنها فى حدود السواء الإكلينيكى سواء بالنسبة للأسوياء أم بالنسبة للمعاقين حركياً، والفرق فقط يكمن فى أن الأسوياء أكثر شعوراً بالأمن

والارتياح مع ذواتهم مقارنة بالمعاقين حركياً، وهذا شئ طبيعى أو المفروض أن يكون كذلك، وفى مجال المقارنة بين العينتين نتبين أن الأسوياء أكثر استقراراً انفعالياً، ومعدل القلق أقل لديهم. كما أن كليهما إذا أوكل إليه العمل فإنه يقوم به، حيث الإثنان كلاهما يتسم باتجاه الإحساس بالمسئولية وتحملها. والسواء يعنى أيضاً أن كليهما بعيد عن الإرهاق النفسى وضعف الوعى الشعورى. والأفكار الوسواسية والعجز عن مواصلة العمل العادى، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (دونالد وآخرين، ١٩٨٩) ودراسة (كلارك وآخرين، ١٩٩٤)، التى جاء فيها أن درجات المعوقين حركياً تقع فى حدود السواء المرضى، أما بالنسبة للأسوياء فلم يجد الباحث ـ حسب حدود علمه ـ دراسة بحثت هذا المتغير النفسى وهو السيكاثينيا بالدراسة على عينة سوية مقارنة بعينة معاقة حركياً.

ثالثاً: بالنسبة لمتغير الفصام:

بالنظر فى جدول (٢) نلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأسوياء والمعاقين حركياً فى متغير الفصام، وإن كان المتوسط الحسابى أعلى قليلاً لدى عينة المعاقين حركياً، وبالنظر فى جدول تفسير الدرجات التى حصل عليها كل من أفراد العينتين نجد أنها غير مرضية وفى اتجاه السواء تماماً. مما يعنى أنهما لا يعانيان من اضطرابات التفكير والإدراك.

وإذا كانت عينة المعاقين حركياً تعانى من اضطرابات عصابية ووجدانية وسلوكية ومزاجية مقارنة بالأسوياء، مع كونها لا تعانى اضطرابات فى التفكير والإدراك، فهذا يعنى أنهم لم يصلوا إلى درجة الذهان. وقد لمس الباحث هذا بنفسه أثناء التطبيق، خصوصاً على عينة المعاقين حركياً، فنسبة كبيرة منهم تعرف ماذا تريد، وتفكر بجدية فى المستقبل وترفض الاستسلام للواقع الذى فرض عليهم، ويحاولون أن يغيروا واقعهم إلى الأحسن، إنه إعمال للفكر، ومحاولة للتغلب على اعتلال الصحة نفسياً أكثر من كونها معتلة عضوياً.

ومن واقع الدراسة السابقة نجد أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (دونالد وآخرين، ١٩٨٩) ودراسة (كلارك وآخرين، ١٩٩٤) فالمعاقون حركياً ليست لديهم دلائل تدل على أنهم فصاميون. كما أكدت ذات الدراسة أيضاً أن المعاقين حركياً أسوياء من حيث القدرة على الانتباه، وأن لديهم القدرة على توليد الألفاظ، ويتميزون بالقدرة على التصور البصرى المكانى. وهذه إشارة إلى أنهم لا يعانون من اضطرابات عقلية أو فكرية أو إدراكية. غير أنه فى بعض الدراسات السابقة ما يختلف مع النتائج التى توصلت إليها هذه الدراسة الحالية.

فقد أشارت دراسة (كونرادى، ١٩٨٩) إلى أن المعاقين حركياً (ذكوراً وإناثاً) قد حصلوا على درجة عالية على مقياس الذهانية، وأن الدرجة دالة إكلينيكياً، ودراسة (هنرى هولاند، ١٩٩٧) أشارت إلى أنهم يعانون من مشاكل معرفية مثل القدرة على التركيز أو التذكر أو الاثنين معاً، ودراسة (هازيندونك وكروى ٢٠٠٠) أشارت إلى أنهم يعانون من عجز فى الأداء المعرفى الجيد. وهذه النتائج إشارة واضحة إلى ضعف ما فى القدرة العقلية، لدى المعاقين حركياً، وهو ما يأمل معه الباحث أن يتناوله الباحثون بالدراسة والبحث فى دراسات تالية خصوصاً مع ارتفاع درجاتهم على مقياس البارانويا.

وقبل أن ننتقل إلى خاتمة البحث نود الإشارة إلى أن جملة النتائج قد أكدت على أن المعاقين حركياً عصابيون أكثر من كونهم ذهانيين، وهذا قد يعد دليلاً على ارتباط الإعاقة الحركية بالعصاب. وأخيراً بالنسبة للأسوياء، يكرر الباحث القول، بأنه لم يجد دراسة سابقة – حسب حدود علمه – تناولت دراسة هذا المتغير لديهم مقارنة بمجموعة من المعاقين حركياً.

وفى النهاية يود الباحث أن يشير إلى أن من أهم التطبيقات المستقبلية للبحث التعرف إلى بعض ما يعانى منه المعاقون حركياً بغرض تكوين صورة صادقة وكاملة قدر المستطاع عنهم تمتد إلى التعرف إلى الخصائص السلوكية

لهم والاستعدادات النفسية والحركية وإمكانات التفاعل مع الآخرين، مع زيادة الوعي بالاستجابات الانفعالية الصادرة عنهم والسبل التي تساعدنا على أن ننمي لديهم الثقة بالذات، ونبذ الإعاقة ، مع رسم خريطة لتنمية استعداداتهم اعتماداً على مستوى ذكائهم ودوافعهم وحاجاتهم ودرجة استجاباتهم للآخرين وقدرتهم على التجاوب معهم.

التوصيات:

يوصي الباحث بأن تزداد العناية بتلك الفئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، إنهم في حاجة إلى من يحبهم ويفهم دوافعهم، ولا يشعرهم بنقائصهم، وأن تزداد لهم فرص العمل بكرامة حيث إن الكثير منهم يفقد عمله ومصدر رزقه بعد الإصابة ويظل يتجول على الأبواب. كما يوصي الباحث القائمين على أمر تلك الفئة سواء بجمعيات التأهيل المهني أو غيرها أن يعاملوهم المعاملة الحسنة، فهم لا يقلون عنهم في أي شئ، ويوصي أن يكون من بين هؤلاء مسئول معاق لأنه سيشعر بهم وبحاجاتهم ورغباتهم المكنونة لأنه منهم. ويوصي الباحث الأسرة قبل أي فرد في المجتمع ألا تتقاعس عن أداء دورها نحو المعاق حركياً من ذويهم، لأنهم على وجه الخصوص المصدر الأول والأساسي لنمو الذات لديهم نمواً صحيحاً وتقبلهم للحياة ورضاهم عنها، لأنهم إن شعروا أن أهلهم تنفرهم فكيف الحال بالغرباء!!

أبحاث مقترحة:

١- نادرة هي الدراسات التي تناولت المعاقين حركياً، لذا يقترح الباحث إجراء دراسة مقارنة بين المعاقات حركياً والمعاقين حركياً في بعض الأبعاد الأساسية للشخصية.

٢- إجراء دراسة مقارنة بين الإناث المبتور عضو من أعضائهم والذكور المبتور عضو من أعضائهم في بعض المتغيرات النفسية.

٣- دراسة مستوى الطموح والدافعية للإنجاز لدى عينتين الأولى ذكور معاقين حركياً والثانية إناث معاقات حركياً.

٤- إجراء دراسة عاملية يكون غرضها التعرف إلى العوامل النفسية الكامنة وراء الاضطراب النفسى لدى عينة من المعاقين والمعاقات.

٥- دراسة "نمط أ" لدى عينات متباينة من ذوى الاحتياجات الخاصة.

٦- دراسة التفاؤل والتشاؤم لدى عينات متباينة من ذوى الاحتياجات الخاصة.

٧- دراسة الفروق فى القلق مثل قلق الموت، قلق البتر، قلق الحالة، قلق السمة، قلق الانفصال، وغير ذلك لدى عينات متباينة من ذوى الاحتياجات الخاصة.

٨- التعرف إلى أنواع القدرات العقلية من خلال دراسة مقارنة بين عينة من المعاقين والمعاقات وعينة من الأسوياء والسويات.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١- إبراهيم عيد (١٩٩٠) الاغتراب النفسي، القاهرة: الرسالة الدولية للإعلان.

٢- إبراهيم قشوش (١٩٨٨) كراسة تعليمات مقياس الوحدة النفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٣- إبراهيم محمد عياش (٢٠٠٨). النظرية الإنسانية في العلاج النفسي. www.Pdffactory.com

٤- إلهام عفيفي (١٩٩٣). أثر البيئة الاجتماعية علي الطفل، مؤتمر الطفل وآفاق القرن الحادي والعشرون، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ٢٩ – ٥٦.

٥- إنشراح محمد الدسوقي (١٩٩١). التحصيل الدراسي وعلاقته بكل من مفهوم الذات والتوافق النفسي (دراسة مقارنة) مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢٠)، ص ٦٢ – ٧٧.

٦- إيمان محمد صبري إسماعيل (٢٠٠٠). إساءة معاملة الأطفال: دراسة استطلاعية عن الأطفال المتسولين، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٥٣)، ص ٢٤ – ٥٢.

٧- أبو جواد حسين آل دريش (ب. ت). إبراهام ماسلو.
http://happytoyou.maktoobblog.com.

٨- أنطوني ستور (١٩٩١). فن العلاج النفسي، ترجمة: لطفي فهيم، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٩- أحمد زكي صالح (١٩٧٨). اختبار الذكاء المصور، القاهرة: دار النهضة العربية.

١٠- أحمد عزت راجح (١٩٧٣). أصول علم النفس، ط (٩)، الإسكندرية: المكتب المصرى الحديث.
١١- أحمد عكاشة (١٩٩٣). علم النفس الفسيولوجي (ط ٨)، القاهرة: مكتبه الأنجلو المصرية.
١٢- أحمد عكاشة (١٩٩٨). الطب النفسي المعاصر ، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
١٣- أحمد عكاشة (١٩٨٠). الطب النفسى المعاصر، ط (٤)، القاهرة: الأنجلو المصرية.
١٤- أحمد عكاشة(٢٠٠٨). أثر الأمراض النفسية على الإنسان العربى. **www. Aljazeera. Net**
١٥- ادث م. ستيرن وإلزا كاستنديك (١٩٩٧). الطفل العاجز، ترجمة: فوزية محمد بدران، القاهرة: دار الفكر العربى.
١٦- آيات عبد المجيد مصطفى علي (٢٠٠٢). أثر برنامج إرشادى على تنمية المهارات الاجتماعية للطفل الكفيف، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (١٢)، العدد (٣٥)، ٦٧ – ١٠٢.
١٧- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٨٧) قلق الموت، الكويت: عالم المعرفة، العدد (١١١).
١٨- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩١). مقدمة كتاب: المدخل إلى علم النفس المرضى الإكلينيكى، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
١٩- آمال عبد السميع طه (١٩٩٥). دراسة إكلينيكية للتمييز بين حالات القلق والاكتئاب لدي الأطفال، المجلة المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، العدد (١١)، ص ١٣٥: ١٥٥.
٢٠- السيد حنفي عوض (١٩٨٧). العمالة الجائلة: بحث في ضوء علم الاجتماع الحضري، القاهرة: مكتبة وهبه.
٢١- السيد فهمي علي (١٩٩٤). العلاقة بين الزحام وبعض متغيرات الشخصية والتوافق النفسي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية.

الأداب: جامعة المنوفية.

٢٢- السيد فهمي على (٢٠٠٠). الأمراض العقلية، المنصورة: دار الأصدقاء.

٢٣- السيد فهمي على (٢٠٠١). الإرشاد النفسي، المنصورة. دار الأصدقاء.

٢٤- السيد فهمي على (تحت النشر). ميكانيزمات الدفاع، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.

٢٥- السيد فهمي على(تحت النشر). علم النفس الإكلينيكي، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.

٢٦- السيد محمد خيري (د. ت) كراسة تعليمات اختبار الذكاء العالي، القاهرة: دار النهضة العربية.

٢٧- السيد محمد فرحات (١٩٩٧) غياب الأب وأثره على الدور الجنسي لدي الأبناء، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، المجلد الثاني، ص: ٨٦٥ – ٩٠٨.

٢٨- المتولي إبراهيم المتولي (١٩٩٣). دراسة لأساليب الرعاية المقدمة لأطفال المؤسسات الإيوائية وقري الأطفال وعلاقتها بمستوي القلق لديهم، رسالة ماجستير مودعة بمعهد الدراسات العالي للطفولة – جامعة عين شمس.

٢٩- جابر عبد الحميد جابر (١٩٧٧)، كراسة تعليمات مقياس القيم الفارق: القاهرة: دار النهضة العربية.

٣٠- جابر عبد الحميد جابر وفؤاد أبو حطب (د. ت)، كراسة التعليمات مقياس البروفيل الشخصي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٣١- جان سكوت ومارك وليامز وأررون بيك (٢٠٠٢). العلاج المعرفى والممارسة الإكلينيكية، ترجمة: حسن مصطفى عبد المعطى، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٣٢- جليل وديع شكور (١٩٩٨). الطفولة المنحرفة، بيروت: الدار العربية للعلوم.
٣٣- جمال مختار حمزة (١٩٩٧). عمالة الأطفال "رؤية نفسية"، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢) ص ١٤٨ – ١٦١.
٣٤- جمال مختار حمزة (٢٠٠٠). أطفال معرضون للتشرد "رؤية نفسية"، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب العدد (٥٣)، ص ١٤٨ – ١٦٠.
٣٥- جوليان روتر (١٩٨٤). علم النفس الإكلينيكي، ترجمة: عطية محمود هنا، ط (٢)، بيروت: دار الشروق.
٣٦- جون بولبي (١٩٨٦) رعاية الطفل ونمو المحبة، ترجمة: عبد العزيز أبو النور، القاهرة: مؤسسة سجل العرب.
٣٧- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٧م) علم النفس الاجتماعي، ط (٤)، القاهرة: عالم الكتب.
٣٨- حامد زهران (١٩٧٨). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط٢)، القاهرة: عالم الكتب.
٣٩- حامد عبد العزيز الفقي (١٩٧٥). دراسات في سيكولوجية النمو، القاهرة: عالم الكتب.
٤٠- حسين مصطفى عبد المعطي (١٩٩٨). علم النفس الإكلينيكي، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
٤١- حسين عبد الفتاح الغامدي (ب. ت). نظريات التحليل النفسي الاجتماعي. إريك فروم.

٤٢- حسين عبد الفتاح الغامدي (ب. ت). نظريات التحليل النفسي الاجتماعي: كارين هورني: العلاقات الأسرية والحب الوالدي.

٤٣- حسين عبد الفتاح الغامدي (ب. ت).نظرية إدلر في علم النفس الفردي النفسي. www.Pdffactory.com

٤٤- حسين عبد الفتاح الغامدى (٢٠٠٧). مدرسة التحليل النفسي. www. Pdffactory-com.

٤٥- حسين علـى فـايد (ب. د). المشكلات النفسية الاجتماعية تشخيصها – أسبابها – علاجها، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

٤٦- حسين علي فايد (١٩٩٧). وجهة الضبط وعلاقتها بتقدير الذات وقوة الأنا لدي متعاطي المواد المتعددة، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤٢)، ص ١٤٢ – ١٥٥.

٤٧- حسين علـى فـايد (٢٠٠١).الاضطرابات السلوكية، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

٤٨- حسين علـى فـايد (٢٠٠١). دراسات فـى الصحة النفسية، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث.

٤٩- حسين علـى فايد (٢٠٠٣). الاضطرابات السلوكية: تشخيصها – أسبابها – علاجها، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

٥٠- حسين علـى فـايد(٢٠٠٤). علم النفس المرضـى (السيكوباثولوجى)، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

٥١- حسين علـى فـايد (٢٠٠٤)، علم النفس المرضى (السيكوباثولوجى)،الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

٥٢- حسين علـى فـايد (٢٠٠٥). المشكلات النفسية الاجتماعية: رؤية تفسيرية: القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

٥٣- خيري خليل الجميلي وبدر الدين كمال (١٩٩٥) المدخل في الممارسة المهنية في مجال الأسرة والطفولة، الإسكندرية:

المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

٥٤- دافيد الكيند (١٩٩٣) مستقبل الطفولة: المفاهيم الجديدة للأبوة والطفولة والمراهقة، ترجمة: عاطف أحمد، مجلة الثقافة العالمية، الكويت، العدد (٥٦)، ص ٨١ – ٩٢.

٥٥- راتشيل كلام وكريستينا فرانشي (١٩٩١): الإساءة للأطفال وعواقبها، عرض: ممدوحة سلامة، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢٠)، ص ٦ – ١٥.

٥٦- راوية محمود حسين دسوقي (١٩٩٧) الحرمان الأبوي وعلاقته بكل من التوافق النفسي ومفهوم الذات والاكتئاب لدي طلبة الجامعة، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العددان (٤٠، ٤١)، ص ١٨ – ٣٢.

٥٧- رزق إبراهيم ليله (٢٠٠٥). العلاج النفسي وصوره المختلفة، القاهرة: دار الهاني للطباعة والنشر.

٥٨- رشاد عبد العزيز موسي وليلي مصطفي وصلاح الدين أبو ناهية (١٩٨٨). البنية العمالية لمتغير قوة الأنا (دراسة حضارية مقارنة)، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٧) ص ٤٦ – ٥٨.

٥٩- رشاد على عبد العزيز موسي (١٩٨٨) كراسة تعليمات مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب، القاهرة: دار النهضة العربية.

٦٠- رشاد على عبد العزيز موسي (١٩٩٣). أثر موت الوالدين على الاكتئاب النفسي للأبناء، في: رشاد على عبد العزيز موسي: علم النفس المرضي: دراسات في علم النفس، القاهرة: دار عالم المعرفة، ص ٢٤٧ – ٢٦٩.

٦١- رشاد على عبد العزيز موسي (١٩٩٣). علم النفس المرضي: دراسات في علم النفس، القاهرة: دار عالم المعرفة لنشر وتوزيع الكتب.

٦٢- رشاد علي عبد العزيز موسى (٢٠٠١). أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: مؤسسة المختار للنشر والتوزيع.
٦٣- رشدي عبده حنين (١٩٨٧). اليتم وأثره على الحالة الوجدانية الوالدية لدي المراهق، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد الثاني، ص ٣٨ ـ ٤٧.
٦٤- رمضان محمد القذافي (١٩٩٦). التوجيه والإرشاد النفسي، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
٦٥- روس د. بارك (١٩٨٧). الأبوة، عرض: ممدوحة سلامة، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص ١٢٩ ـ ١٣٣.
٦٦- رونالد ب رونر: (١٩٨٩). استبيان تقدير الشخصية للأطفال، إعداد: ممدوحة سلامة، القاهرة: الأنجلو المصرية.
٦٧- ريتشارد سوين (١٩٧٩). علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة، القاهرة: دار النهضة العربية.
٦٨- زكية حجازي (١٩٩٩). معوقات النمو المتكامل للطفل في المرحلة الابتدائية، ط (٣)، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٦٩- سامية القطان (١٩٨٠). كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية، ج (١)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٧٠- سامية القطان (١٩٨٣). كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية، ج (٢)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٧١- سعد المغربي (١٩٨٨). التنمية والقيم: مسلمات ومبادئ، مجلة علم النفس، القاهرة:الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص ٦ ـ ١٥.
٧٢- سعد جلال (١٩٦٢). المرجع فى علم النفس، ط (٢)، القاهرة: دار المعارف بمصر.

٧٣- سعد جلال (١٩٨٤). علم النفس الاجتماعي: الاتجاهات التطبيقية المعاصرة؛ الإسكندرية: منشأة المعارف.
٧٤- سعد رياض (٢٠٠٣). مدخل فى الاضطرابات النفسية ومس الجن والسحر، المنصورة: دار الكلمة للنشر والتوزيع.
٧٥- سعد رياض (٢٠٠٣). الاكتئاب: تشخيص وعلاج، المنصورة: دار الكلمة للنشر والتوزيع.
٧٦- سعيدة محمد محمد أبو سوسو (١٩٨٦). القيم الدينية والخلقية وأثرها على التوافق النفسي والاجتماعي لدي طالبات الجامعة، الكتاب السنوي في علم النفس، المجلد الخامس، ص٧٩٤: ٨١٨.
٧٧- سعيد عبد الله ابراهيم دبيس (١٩٩٣). دراسة لبعض العوامل المرتبطة بمفهوم الذات لدى المشلولين، مجلة دراسات نفسية، المجلد الثالث، العدد الثانى، ٢٠٩ — ٢٣٥.
٧٨- سيجموند فرويد (١٩٨٠). ثلاث مقالات فى نظرية الجنسية، ترجمة: سامى محمود علي، القاهرة: دار المعارف.
٧٩- سيجموند فريد (٢٠٠٠). الموجز في التحليل النفسي، ترجمة: سامي محمود علي، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٨٠- سعيد حسن عبد الفتاح الغامدي (ب. ت). علم الشخصية: هنري. أ. موراي.

٨١- سمية طه جميل (٢٠٠٥). الإرشاد النفسي، القاهرة: عالم الكتب.
٨٢- سهير كامل أحمد (٢٠٠٠). التوجيه والإرشاد النفسي، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
٨٣- سيجموند فرويد (٢٠٠٠). الموجز في التحليل النفسي، ترجمة: سامي محمودعلي، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٨٤- سميحة كرم توفيق وعبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٧). توجه المراهقين نحو والديهم أو أقرانهم وعلاقته ببعض سمات الشخصية، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة.

للكتاب، العددان (٤٠، ٤١)، ص ٨٠ – ٩٦.

٨٥- سميرة إبراهيم (١٩٨٣). مفهوم الذات والتوافق النفسي لدي الأطفال اللقطاء، رسالة ماجستير مودعة بمكتبة كلية التربية – جامعة عين شمس.

٨٦- سهام أحمد الحطاب (١٩٨١). اتجاهات وقيم عينة من مدينة بورسعيد، رسالة دكتوراه مودعة بمكتبة كلية الدراسات الإنسانية – جامعة الأزهر.

٨٧- سهير كامل أحمد (١٩٨٧). الحرمان من الوالدين في الطفولة المبكرة وعلاقته بالنمو الجسمي والعقلي والانفعالي والمعرفي، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص ٦٨ – ٩٠.

٨٨- سهير كامل أحمد (١٩٩٢). الانفصال عن الأسرة في الطفولة وعلاقته بمصدر الضبط والاكتئاب، القاهرة: مجلة دراسات نفسية، المجلد الثاني، الكتاب الأول، ص ١ – ٢٤.

٨٩- سيد صبحى (٢٠٠٣). الإنسان وصحته النفسية، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

٩٠- سيد محمد غنيم (١٩٨٦)، سيكولوجية الشخصية: محدداتها – قياسها – نظرياتها، القاهرة: دار النهضة العربية.

٩١- سوزان مبارك (١٩٩٧). اتفاقية حقوق الطفل: ضرورة إنسانية، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص ٧ – ١٤.

٩٢- شاكر عطية قنديل وآخرون (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة: دار سعاد الصباح.

٩٣- شاكر عطية قنديل (٢٠٠٠). الإعاقة كظاهرة اجتماعية، المؤتمر السنوى لكلية التربية، جامعة المنصورة، نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوى الاحتياجات الخاصة، ٤ – ٥ أبريل، ٢٤٨

ــ ٣٧٩.
٩٤- شبكة النبأ المعلوماتية (ب. د)، مصطلحات نفسية: الشخصية:
http://www.annabaa.org/nbanews/63/87.htm
٩٥- صالح حزين الدين (١٩٩٣). إساءة معاملة الأطفال، القاهرة: مجلة دراسات نفسية، المجلد الثالث، الكتاب الرابع، ص ٤٩٩، ٥٢٤.
٩٦- طلعت الحامولي (١٩٩٧). الاستقلال الإدراكي وعلاقته بالتفكير الناقد والقيم، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤٢)، ص ٤٦ ــ ٦٧.
٩٧- عادل صادق (١٩٨٨). الطب النفسي، القاهرة: مؤسسة حورس الدولية.
٩٨- عادل عازر وآخرون (١٩٩١). نحو سياسة متكاملة لعلاج ظاهرة عمالة الأطفال، في ظاهرة عمالة الأطفال، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص٢٣٣ ــ ٢٥٣.
٩٩- عادل عازر (١٩٩٨). توظيف البحث العلمي: تجربة في مجال معالجة ظاهرة عمالة الأطفال، القاهرة: دار عطا الله.
١٠٠- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠). العلاج المعرفى السلوكى: أسس وتطبيقات، القاهرة: دار الرشاد.
١٠١- عبد الحميد محمد شاذلى (٢٠٠١). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط (٢)، الاسكندرية، المكتبة الجامعية.
١٠٢- عبد الرحمن العيسوى (١٩٨٠). أمراض العصر : الأمراض النفسية والعقلية والسيكوماتية، القاهرة: دار الأنوار.
١٠٣- عبد الرحمن العيسوى (١٩٨٠). العلاج النفسي، الإسكندرية، دار الفكر الجامعى.
١٠٤- عبد الرحمن العيسوى (١٩٩٧). العلاج السلوكى فى حالات خاصة، لبنان: دار الراتب الجامعية.

١٠٥- عبد الرحمن العيسوى (١٩٩٩). فن الإرشاد والعلاج النفسي، لبنان: دار الراتب الجامعية.
١٠٦- عبد الرحمن العيسوى (٢٠٠١). الجديد في الصحة النفسية، الإسكندرية: منشأة المعارف.
١٠٧- عبد الرحمن العيسوى (٢٠٠١). مجالات الإرشاد والعلاج النفسي، لبنان: دار الراتب الجامعي.
١٠٨- عبد الرحمن محمد العيسوى (٢٠٠٢). نظريات الشخصية الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
١٠٩- عبد الرحمن العيسوى (٢٠٠٤). الأخصائي النفسي، لبنان: دار الراتب الجامعية.
١١٠- عبد الرحمن العيسوى (٢٠٠٦). الإرشاد والعلاج النفسي، بيروت: الدار الجامعية.
١١١- عبد الستار أبراهيم (١٩٨٠). العلاج النفسي الحديث، الكويت: عالم المعرفة.
١١٢- عبد السلام زهران (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط (٤)، القاهرة: عالم الكتب.
١١٣- عبد الرقيب أحمد البحيري (١٩٨٤) كراسة تعليمات اختبار حالة وسمة القلق، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
١١٤- عبد الرقيب أحمد البحيري (١٩٨٥) كراسة تعليمات مقياس الشعور بالوحدة، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
١١٥- عبد الستار إبراهيم (١٩٨٣). العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، القاهرة: مكتبة مدبولى.
١١٦- عبد الستار إبراهيم (١٩٨٨). الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه، الكويت: عالم المعرفة، العدد (٢٣٩).

١١٧- عبد الستار إبراهيم ورضوى إبراهيم (٢٠٠٣). علم النفس. أسسه ومعالم دراسته، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
١١٨- عبد الستار إبراهيم ورضوى ابراهيم (٢٠٠٢)، علم النفس، أسسه ومعالم دراسته، ط (٣)، القاهرة: مطابع الدار الهندسية.
١١٩- عبد الستار إبراهيم وعبد العزيز الدخيل ورضوي إبراهيم (١٩٩٣). العلاج السلوكي المتعدد المحاور ومشكلات الطفل، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢٦)، ص ٦ – ١٤.
١٢٠- عبد العزيز القوصى (١٩٦٩). أسس الصحة النفسية، ط(٥) القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
١٢١- عبد العزيز القوصى (١٩٨١). تيارات جديدة فى العلاج النفسي، القاهرة: دار المعارف.
١٢٢- عبد العلى الجسمانى (١٩٩٨). الأمراض النفسية: تاريخها - أنواعها – أعراضها – علاجها، بيروت: الدار العربية للعلوم.
١٢٣- عبد اللطيف محمد خليفة (١٩٩٢). ارتقاء القيم: دراسة نفسية، الكويت: عالم المعرفة، العدد ١٦٠.
١٢٤- عبد المنعم الحفني (١٩٩٤). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط (٤)، القاهرة: مكتبة مدبولي.
١٢٥- عزة أحمد صيام (١٩٩٩). المخاطر الاجتماعية المصاحبة للالتحاق المبكر بسوق العمل: "دراسة استطلاعية لعينة من الأطفال العاملين بقطاع إنتاج صغير في مدينة القاهرة"، الجزء الثاني، مجلة كلية الآداب – جامعة المنصورة، ص ٢٤٥ – ٤٥٢.
١٢٦- عزة صالح الألفي (١٩٨٦). استخدام العلاج الجماعي لتعديل بعض الحاجات والضغوط لدي الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية، الكتاب السنوي في علم النفس، المجلد الخامس، ص

٤١٣ ـ ٤٢٩.
١٢٧- عزة كريم (١٩٩٣). سلوك الوالدين الإيذائي والحماية القانونية للأبناء، مؤتمر الطفل وآفاق القرن الحادي والعشرون، المركز القومي للبحوث والجنائية، ص ١٠٥ ـ ١٢٩.
١٢٨- علا مصطفي (١٩٩٣). الأطفال العاملون: الحاضر والمستقبل، مؤتمر الطفل وآفاق القرن الحادي والعشرون، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ٢٧٥ ـ ٢٩٩.
١٢٩- علا مصطفي (١٩٩٤). استغلال الطفل من خلال العمل، المجلة الاجتماعية القومية، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد (٣١) العدد (٣) ص ٢٠٩ ـ ٢٢٠.
١٣٠- علا مصطفي (١٩٩٤). تدريب ورعاية الأطفال العاملين بشبرا الخيمة، المجلة الاجتماعية القومية القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد (٣١) العدد (٢) ص ٢٧ ـ ٥٢.
١٣١- علا مصطفي أنور (١٩٩٦). عمل الأطفال في السياق العالمي، في عمل الأطفال في المنشآت الصناعية الصغيرة، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ١ ـ ٦١.
١٣٢- علاء الدين كفافي (١٩٩٩). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، القاهرة: دار الفكر العربي.
١٣٣- علاء الدين كفافي (١٩٩٩). الأسرة: علاج التفاعلات الأسرية: (١، ٢) مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٥٠)، ص ٢٠ ـ ٤٠.
١٣٤- علي محمد محمد الديب (١٩٩١). نمو مفهوم الذات لدي الأطفال المراهقين من الجنسين، وعلاقته بالتحصيل الدراسي، مجلة علم النفسي، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢٠) ص ١٠٠ ـ ١١٧.

١٣٥- علي عبد السلام علي وأحمد محمد عبد الهادى (١٩٩٧). دراسة نفسية لتأهيل فاقدى أعضاء الجسم عن طريق البتر، مجلة علم النفس، العدد (٤٢)، ١٢٦ – ١٤٠.
١٣٦- عماد الدين سلطان (ب. د). الطب النفسي، القاهرة: دار النهضة العربية.
١٣٧- عمر شاهين (٢٠٠٧). الإسلام والصحة النفسية.
www. Islamset. Com/Arabic/ahip/Psycho/shahen.ktml.
١٣٨- غريب عبد الفتاح (ب . ت). علم الصحة النفسية، القاهرة.
١٣٩- فاتن أبو صباع (١٩٩٢). دراسة مقارنة للمشكلات السلوكية التي يتعرض لها كل من أطفال المؤسسات وأطفال قري الأطفال (S.O.S)، رسالة ماجستير مودعة بمكتبة معهد الدراسات العليا للطفولة – جامعة عين شمس.
١٤٠- فؤاد البهي السيد (١٩٧٩). علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، ط (٣)، القاهرة: دراسة الفكر العربي.
١٤١- فؤاد البهي السيد (ب ت). الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلي الشيخوخة ط (٤)، القاهرة: دار الفكر العربي.
١٤٢- فرج عبد القادر طه (٢٠٠٠). أصول علم النفس الحديث، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
١٤٣- فرج عبد القادر طه (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، القاهرة: دار سعاد الصباح.
١٤٤- فوقية حسن رضوان (٢٠٠٤). الاضطرابات المعرفية والمزاجية: تشخيص وعلاج، القاهرة، دار الكتاب الحديث.
١٤٥- فيدلوشير (١٩٩٧). اضطرابات الشخصية، فى: رولان دورون وفرنسواز بارو (محرر): موسوعة علم النفس، المجلد الثانى، بيروت: منشورات عويدات.
١٤٦- فيوليت فؤاد إبراهيم (١٩٨٦). الإعاقة البصرية والجسمية.

وعلاقتها بمفهوم الذات والتوافق الشخصي والاجتماعي، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، الكتاب السنوي في علم النفس، المجلد الخامس، ٣٦٣ – ٣٨٢.
١٤٧- كافية رمضان (١٩٨٧). التنشئة الأسرية وآثارها في تكوين شخصية الطفل العربي، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص ٩١ – ١١٠.
١٤٨- كاميليا عبد الفتاح (١٩٨٧). الطفل: المستقبل والأمل، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص ٢٩ – ٣١.
١٤٩- كمال إبراهيم مرسي (١٩٧٨). القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة: دراسة تجريبية، القاهرة: دار النهضة العربية.
١٥٠- كمال دسوقي (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.
١٥١- كمال دسوقي (١٩٨٨). ذخيرة علم النفس، المجلد الثاني، القاهرة: الدراسات الدولية للنشر والتوزيع.
١٥٢- كولز. أ.م. (١٩٩١). المدخل إلى علم النفس المرضى والإكلينيكى، ترجمة : عبد الغفار عبد الحكيم الدماطى، وماجدة حامد حماد وحسن على حسن، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
١٥٣- لطفى فهيم (١٩٩١). فن العلاج النفسي، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
١٥٤- لورانس شافر (١٩٧٧). علم النفس المرضي : دلالة السلوك الشاذ وأسبابه، ط (٥)، في : جيلفورد ج. ب (محرر): ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية، المجلد الأول، القاهرة: دار المعارف.
١٥٥- لورانس شافر (١٩٧٧). خصائص الاضطرابات الكبرى،ط(٥):

في جيلفورد ج.ب (محرر): ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية، المجلد الأول: القاهرة: دار المعارف.

١٥٦- لويس كامل مليكه (١٩٧٧). علم النفس الإكلينيكي: التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية، ج (١)، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٥٧- لويس كامل ملكيه (١٩٩٠)، دليل اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

١٥٨- لويس كامل مليكه (١٩٩٤). العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط (٢)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٥٩- لويس كامل مليكه (١٩٩٧). علم النفس الإكلينيكي: تقييم الشخصية، ج (٢)، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٦٠- ماهر محمود عمر (ب. د). العلاج الواقعي: القاهرة.

١٦١- مايكل راتر (١٩٩١). الحرمان من الأم: إعادة تقييم، ترجمة: ممدوحة محمد سلامة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٦٢- محمد أحمد غالي ورجاء محمود أبو علام (١٩٧٣). القلق وأمراض الجسم، القاهرة: مطبعة الحلبوني.

١٦٣- محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

١٦٤- محمد سيد فهمي (٢٠٠٠). أطفال الشوارع: مأساة حضارية في الألفية الثالثة، الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

١٦٥- محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨١). تيارات جديدة فى العلاج النفسي، القاهرة: دار المعارف.

١٦٦- محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٨٦). الأطفال مرآة المجتمع: النمو النفسي الاجتماعي للطفل في سنواته التكوينية، الكويت: عالم المعرفة، العدد (٩٩).

١٦٧- محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨). العلاج السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

١٦٨- محمد محمد سعيد أبو الخير (١٩٩٨). إدراك صور الأب وتقدير الذات لدى الأبناء من الطلاب الجامعيين، مجلة دراسات نفسية، المجلد الثالث، الكتاب الثالث، ص ٤١٩ - ٤٥١.

١٦٩- محمود حموده (١٩٩٠). النفس: أسرارها وأمراضها، ط (٢) القاهرة: مركز كمبيوتر كلية الصيدلة.

١٧٠- محمود حموده (١٩٩٠). النفس: أسرارها وأمراضها، القاهرة: كمبيو فارم.

١٧١- محمود فتحي عكاشة (١٩٩١). علم النفس الصناعي، الإسكندرية: مطبعة الجمهورية.

١٧٢- مصطفى عبد الباقي المعطي (٢٠٠١). دراسة لأثر فاعلية برنامج للتنمية السلوكية لدى المعاقين حركيا، مجلة علم النفس، العدد (٥٩)، ١٤٠ - ١٥٤.

١٧٣- مصري عبد الحميد حنورة (١٩٩٨). الشخصية والصحة النفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٧٤- مصطفى فهمي (١٩٦٧). الصحة النفسية في الأسرة والمدرسة والمجتمع، ط (٣)، القاهرة: دار الثقافة.

١٧٥- مصطفى فهمي (١٩٧٧). سيكولوجية الطفولة والمراهقة، القاهرة: مكتبة مصر.

١٧٦- مصطفى كامل وآخرون (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة: دار سعاد الصباح.

١٧٧- ممدوح الكناني والحسن الموشوقي (١٩٩٦). سيكولوجية الطفولة المبكرة، الكويت: مكتبة الفلاح.

١٧٨- منى محمد الغامري (٢٠٠٠). فعالية الإرشاد النفسي العقلاني

الإنفعالي والعلاج المتمركز على العميل، القاهرة: معهد الدراسات والبحوث التربوية.
١٧٩- ميخائيل إبراهيم أسعد (١٩٩١). السيكولوجيا المعاصرة، بيروت: دار الآفاق الجديدة.
١٨٠- ميريلا كيارلندا (١٩٩٢). التربية الاجتماعية في رياض الأطفال، ترجمة: فوزي محمد عيسي وعبد الفتاح حسن، القاهرة: دار الفكري العربي.
١٨١- نادية حليم (١٩٩٣). الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للطفل المصري، مؤتمر الطفل وآفاق القرن الحادي والعشرون، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ص ١ – ١٦.
١٨٢- نبيل سفيان (٢٠٠٤). المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي: اليمن – جامعة تعز.
١٨٣- هانم صلاح توفليس (٢٠٠١). إتجاهات نحو دمج الطلاب المكفوفين مع أقرانهم المبصرين فى المدارس العامة بالمرحلة الثانوية: دراسة نفسية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد الحادى عشر، العدد (٣٣)، ٢٢١ – ٢٦٢.
١٨٤- هدي الشناوي (١٩٩٣). الفقر ووأد الطفولة: دراسة حالة لوضع الطفل داخل تسع أسر فقيرة، مؤتمر الطفل والقرن الحادي والعشرون، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ٢٢٩ – ٢٦٠.
١٨٥- وفيق صفوت مختار (١٩٩٩). مشكلات الأطفال السلوكية: الأسباب وطرق العلاج، القاهرة: دار العلم والثقافة.
١٨٦- يوسف مصطفى القاضي ولطفي محمد فطيم ومحمود عطا حسين (٢٠٠٢). الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، الرياض: دار المريخ للنشر.

ثانياً المراجع الأجنبية :

1- Abd El – Latif, F., (1995). Risk factors of psychology problems among children working in workshops in Alexandria, J., Egypt Public Health Assoc., 70 (5 – 6), P. 716 – 732.

2- Ahlstrom, G., and Karlsson, U. (2000). Disability and quality of life in individuals with post polio. Disability Rehabilitation, June, 15, 22 (9), 416 – 422.

3- Allen, G. M., et al. (1994). Muscle performance, voluntary activation and perceived effort in normal subjects and patients with prior poliomyelitis. Brain, Aug., 117 (4), 661 – 670.

4- Amira Gamal, (1995). Injuries among children under 16 who work in car repair small workshops in Ismailia City, Suez Canal UN., Faculty of Medicine, MSC.

5- Arnold A. Lazarus and Andrew M. Colman, (1999). Abnormal Psychology, London: Longman.

6- Arthur, P.N; and Lawrence, C.K (1966). Modern Clinical Psychiatry, London: W.B. Saunders Company.

7- Barbara Temaner Brodley (1986). Client-centered therapy- What is it? What is it not. www.world.std.com/~mbr 2/whatscct. Html.

8- Barnes, G. and Pronson, H., (1985) Parental death and depression, Journal of Abnormal Psychology, V. (94), N. (1), 64 – 69.

9- Belsky, J., et.al., (1991) Patterns of material change and Parent – child interaction, Journal of Marriage and the Family, 53, 487 – 498.

10- Bernstein, G. and Barchhardt, C., (1992). Anxiety disorder of childhood and adolescence: A critical review, U.S.A., Annual Progress in child Psychiatry and Development, P 501 – 532.

11- Brik, T. (1993). Polimyelitis and the post – polio syndrome: exercise capacities and adaptation – current

research, future directions and widespread applicability. Med. Sci. Sports, Exerc., April, 25 (4) 466 – 472.

12- Bromberg, M. B., Waring, W. P., and Sanders, P. L. (1996). Patterns of denervation in clinically uninvolved limbs in patients with prior poliomelitis. Electromyogr. Clin. Neurophysiol., March, 36 (2), 107 – 111.

13- Bruno, R. L. (1991). Silicon, sex and polio survivors. (on – line): Available: ftp://www.Members. Aol.com/ harvestctr/ Library/sex.

14- Bruno, R. L. (1995). Predicting hyperactive behavior as a cause of non – compliance with rehabilitation: the reinforcement motivation survey. Journal of Rehabiliation, 61 (2): 50 – 57.

15- Bruno, R. L. (1996). Ultimate burnout: post – polio sequelae basics. New Mobiltiy, 7: 50 – 59 (on – Line). Available: http://www. ott. zynet.co.uk/ polio/lincolnshire/ library/harvest/ burnout.html.

16- Bruno, R. L. (1999). Emotional stress in polio survivors and Post–Polio sequelae. (on–Line). Available: http://www. members. aol.com/harvastctr/pps/polio.html.

17- Bruno, R. L. (1999). "Brating" The Tibal Drum: rejecting disability stereotypes and preventing self – discrimination. Disability and Society, 14: 855 – 857.

18- Bruno, R. L. et al. (1994). The nruroanatomy of post – polio fatigue. Arch. Phys. Med. Rahabil., May, 75 (5) 498 – 504.

19- Bruno, R. L., and Frick, N. M. (1991). The Psychology of polio as a prelude to post – polio sequelae: behavior modification and Psychotherapy. Orthopedics, Nov., 14 (11): 1185 – 1193.

20- Bruno, R. L., Frick, N. M., and Jesse, C. (1991). Polioencephalitirs, stress and the etiology of post – polio sequelae. Orthopedics, Nov., 14 (11): 1269 – 1276.

21- Bruno. R. L. (1998). Abnormal movements in sleep as a Post – Polio Sequelae. smerican Journal of physical

Medicine and Rehabilitation. 77: 1 – 6.

22- Burger, H., and Marincek, C. (2000). The influence of Post – polio syndrome on independence and Life satisfaction, Disability Rehabilitation. May, (10), 22 (7), 318 – 322.

23- Carole Wade and Carol Tavris (1996). Psychology. (4ed.,). New York: Harper Collins College Publishers.

24- Cashman, N. R., et al. (1987). Late denervation in patients with antecedent paralytic poliomyelitis. Neurology Engl. J. Med., July, 2, 317 (1), 7 – 12.

25- Castillo, D. N., London, D., and Layne L. A. (1995). Occupational injury death of 16 – and 17 – years olds in the U. S. A., Am., J., Public Health, Apr., 85 (4): 590 – 12.

26- Celia Doyle, (1997). Working with abused children, 2 (ed.,), London: Macmillan Press LTD.

27- Charles, G. Lorrd (1997). Social Psychology. New Work: Harcourt Brace College Publishers.

28- Clark, K., et al, (1994). A personality profile of patients diagnosed with post–polio syndrome. Neurology, 44 (10), 1809 – 1811.

29- Clifford, T. Morgan and Richard, A. King (1975) Introduction to Psychology, 5 (ed.), Tokyo: McGraw – Hill Kogakusha, LTD.

30- Conrady, L. J., et al. (1989). Psychologic characteristics of polio survivors: a preliminary report. Arch. Phys. Med. Rehabil., June, 70 (6) 458 – 463.

31- Cooper, S. P., and Rothstein. M. A., (1995) Health hazards among working children in Taxas, South Med., J., May, 88 (5): 554.

32- Crisp, R. (2000). A qualitative study of the perceptions of individuals with disabilities concerning health and rehabilitation professionals. Disability and Society, V. 15. 355 – 367.

33- Dai. F., and Zhagn, R. Z. (1996). Social burden caused by polimyelitis. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi, Dec.. 17(6): 353 – 355.

34- Dalakas, M. C. (1995). The post – polio syndrome as an evolved clinicalentity: definition and clinical description. Ann. N. Y. Acad. Sci., May, 25, 735, 68 – 80.
35- Dale, F. Hay, (1987). Infancy. In: Mark, R. Rosenzweig and Lyman, W. Porter, (ed.,), Annual Review of psychology, V. (37), U. S. A: Annual Reviews Inc.
36- David, H. Demo and Alan C. Acock (1996) Family structure, family process and adolescent well – being, Journal of Research on Adolescence, 6, 475 – 488.
37- David, J. Sheehan (1983). The anxiety. New York: Charles Scribner's Sons.
38- David, M. Fergusson; John Hjorwood and Michael, T. Lynsky (1994) Parental separation, adolescent psychopatholgoy and problem behaviors, Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, 1122 – 1131.
39- Dean, E. (1991). Clinical decision making in management of the late sequelae of poliomyelitis. Phys. Ther., oct., 71 (10) 752 – 761.
40- Deanne Scott Berman (1995) Risk factors Leading to adolescent substance abuse, Adolescence, (30) 201 – 206.
41- Denis. L.; Pare, C.M.B, and John, M. (1977). A concise encyclopedia of psychiatry, England: M T P Press Ltd.
42- Denise, B. Kandel; Emily Rosenbaum and Kevin Chen (1994) Impact of maternal drug use and life experiences on preadolescent children born to teenage mothers, Journal of Marriage and the Family, 56, 325 – 340.
43- Devglieger, P. J., and Albrecht, G. L. (2000). Your experience is not my erxperience: the concept and experience of disability on Chicago's near west side. Journal of Disability Policy Studies, V. 11, N. 1, 51 – 60.
44- Dickinson, C. J. (1997). Chronic fatigue syndrome – aetiological aspects. Eur. J. Clin. Invest., April, 27 (4), 257 – 267.
45- Donald, L. F., et al. (1989). Postpolimoyelitis syndrome:

assessment of behavioral fratures. Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology, V. 2, 4, 272 – 281.

46- Douglas, A. Bernstein et al., (1988). Psychology. Dallas: Houghton Mifflin Company.

47- Dunn, D. S. (1996). Well – being following amputation: Salutary effects of Positive meaning, Optimism and control. Rehabilitation Psychology. V. 41, N. 4, 285 – 302.

48- Dunn, k. A. and Runyan, C. W., (1993) Deaths at work among children and adolescents, Am., J., Dis., Child, Oct., 147 (10): 1044. 7.

49- El – Mogazy, et al., (1996). Identification of same socio – demographic factors contributing to child work in Zagazig area, Zagazig Uni., Med., J., 2 (2) 198 – 209.

50- El – Sahn: F, (1992). Dietary patterns and nutritional assessment of working children at Abo – El Dardar industrial in Alexandria City, J., Egypt, Public Health Assoc., 67 (1 – 2): 119 – 145.

51- Encyclopedia of Wikipedia (2007). Person- centered psychotherapy.http.//wikipedia.org/clinet-centered. therapy

52- Engle, T. L., and Lovis Snellgrove (1974). Psychology: Its Principles and Applications, 6 (ed.,), New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

53- Engle, T.L. and Louis Snellgrove (1974). Psychology: Its principles and applications, sixth edition, New York: Harcourt Brace Jovanovich, INC.

54- Erica De'Ath., (1989a;). Families and Children, In: Barbara Kahan (ed.,) Child Care, Policy and Practice, London: Hodder and Stoughton, P: 30 – 54.

55- Francisco Bolumar, et. al., (1994) Smoking and drinking habits before and during pregnancy in Spanish Women, Journal of Epidemiology and Community Health, 36 – 40.

56- Frank, L. Mott (1994) Sons, daughters and fathers' absence: Differntials in father – Leaving probabilities and in – home environments, Journal of Family Issues, 15, 97

– 128.

57- Frank, L. Mott; Lori Kowaleski Jones and Elizabeth, G. Menaghen (1997) Parental absence and child behavior: Does a child's gender make a difference?, Journal of Marriage and the Family, 59, 103 – 118.

58- Frederick, M. M. (1991). The late effects of polio: A model for the identification and assessment of preventable secondary disabilities. International Polio Network, V. 7, N. 3. (on – Line). Available: http://www post – polio. Org.

59- George Kaluger and Meriem Fair Kaluger, (1984). Human Develop – ment: The span of life, 3 (ed.,), St., Louis: Times Mirror/ Mosby College Publishing.

60- Gilbert, J. Bolvin, et. al., (1994) Predictors of cigarette smoking among inner – city minority youth, Developmental and Behavioral Perdiatrics, 15, 67 – 73.

61- Goldman, H.H. (1984). Review of general psychiatry. Middel East Edition, Egypt.

62- Greg, L Duncan; Jeanne Brooks Gunn and Pamela Kato Klebanov (1994) Economic deprivation and early childhood development, Child Development, 65, 296 – 318.

63- Grimby, F., and Jonsson, A. L. (1994). Disability in poliomyelitis sequelae: Phys. Ther. May, 74 (5), 415 – 424.

64- Hahn, H. (1997). An agenda for citizens with disabilites: pursuning identity and empowerment. Journal of Vocational Rehabilitation, V. 9, N. 1, 31 – 37.

65- Hansson, B., and Ahlstrorm, G. (1999). Coping with chronic illness: A qualitative study of coping with Post polio syndrome. Int. J. Nurs. Stud., June, 36 (3): 255 – 262.

66- Harris, M. S.; Gold, S. R., and Henderson, B. B. (1991) Relationship between achievement and affiliation needs and sex – role orientation of college women whose fathers were absent from home. Perceptual and Motor Skills, 72,

1307 – 1315.

67- Hazendonk, K. M., and Crowe, S. F. (2000). A neuropsychological study of the postpolio syndrome: support for depression without neuropsychological impairment. Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology, April, 13 (2), 112 – 118.

68- Helmy Ahmed Hamed (1988). Clinical psychiarty. Cairo.

69- Henry Holland (1997). Results of 1997 Post – Polio Syndrome Survey of the Central Virginia Post – Polio Support Group. (on – line). A vailable: http://www.skally.net/ppsc/va.surv.html.

70- Hetherington, E. Mavis (1973) Effects of father absence on personality development in adloescent daughters, Developmental Psychology, 7.3, 313 – 326.

71- Hetherington, E. Mavis and B. Martin (1979) Family interaction, In: H. C. Quay and J. A. Werry, (eds.), Psychopathological disorders of childhood, New York: John Wiley and Sons, 247 – 302.

72- Hetherington, E. Mavis and Ross, D. Park (1993) Child Psychology: A Contemporary viewpoint, 4 (ed.), New York: McGraw – Hill, Inc.

73- Hidayet. N. M, El – Ziadi, H. H. and Kamel, K. F., (1995). Health, social and child labor problems of Alexandria poor urban community, Bull. High Institute of Public Health, 25 (3), 574 – 567.

74- Hoda Ahmed Bassiouni, (1998). Child labor, Suez Canal Uni., Faculty of Medecine, Review Paper.

75- http://world. Std. Com/ ~ mbr/cct. html.

76- Jack Block, et. al., (1988) Parental functioning and the home environment in families of divorce, Journal of Amèrican Academy of Child Adolescent Psychiatric, 27y, 207 – 213.

77- James, H. Scully, et al., (1990). Psychiatry. (2ed.,) Tokyo: Harwal Publishing.

78- Janet, R. Todd (1996). Post – olio syndrome: A literature

review and case report, (on – line). Availbale: http://www. OTPT.

79- Jean Bethke Elshtain (1993) Family matters: The plight of American's children, The Christian Century, July, 14 – 21.

80- Jerold Bozarth and Sam Evans (2000). Non-directiveness in client-centered therapy: A voxed concept.

81- John, P. Hoffman (1994) Investigation the age effects of family structure on adolescent marijuana use, Journal of Youth and Adolescence, 23, 215 – 232.

82- John. I. Walker (1985). Essenlials of clinical psychiatry, London: J.B. Lippincott Company.

83- Jonsson, A. L., Moller, A., and Grimby, G. (1999). Managing occupations in everyday life to achieve adaptation. American Journal of occupation Therapy, July – August, 53 (4), 353 – 362.

84- Kemp, B. J., Adams, B.M., and Cambell M.L. (1997). Depression and life satifaction in agiong Polio survirors versus aga-matched Controls: relation to Post Polio syndrom, family functioning, and attitude toward disablity. Arch. Phys. Med. Rehabil., feb., 7812), 187-192.

85- Kemp, B. J.. and Krause, J. S. (1999) Depression and Life satisfaction among people ageing with post polio and spinal cord injury. Disabil. Rehabil., May – June, 21 (5 – 6), 241 – 249.

86- Kessler Institute for Rehabilitation (2000). Post polio sequelae: true answers for friends and family. The Lincolinshire post – polio Network, (on–line). Available: http://www.zynet.co.uk/ ott/ polio/ lincolinshire/ Library/ kessler/answers. Html.

87- Kidd. D.. et al. (1997). Late funciotnal deterioration following paralytic Poliomyelitis. Q. J. Med., 90 (3); 189 – 196 (on–line). Available: http://www. OT.T./ polio/ lincolnshire/

88- Kimberly Read and Marica Purse (2007). What is Behavioral therapy.htt://binolar.com

89- Kling, C., Persson, A., and Gardulf, A. (2000). The health – related quality of life of patients suffering from the late effects of polio (post – polio), J. Adv. Nurs., July, 32 (1): 164 – 173.
90- Knight, E. B., Castillo, D. N. and Layne L. A., (1995). A detial analysis of work- related injury among youth treated in emergency departments, Am., J., Ind., Med., Jun., 27 (6), 793 – 805.
91- Kohl, S. J. (1987). Emotional responeses to the late effects of polimyelitis. Birth Defects, 23 (4), 135 – 143.
92- Le Compte C. M. (1997). Post – polio syndrome: an update for primary health care provider. Nurese Pract., June, 22 (6) 133 – 136,139, 142 – 6 Passim.
93- Lee, A. Beaty (1995) Effects of Parental absence on male adolescent's peer relations on self – image, Adolescence, 30, (120) 873 – 880.
94- Lee, C., (1990). The growth and development, 4 (ed.,), London Longman Group Limited.
95- Lindsay, S.J.E. and Powell, G.E. (1994). The handbook of clinical adult psychology, (2ed.). London: Routledge.
96- Lonnberg, F. (1998). Sequelae after polio: A review. Ugeskr Laeger, June, 22, 160 (26): 3904 – 3908.
97- Louis, B. Silverstein and Carl, F. Auerbach (1999) The essential father, American Psychologist, June, vol. 54, No. 6, 397 – 407.
98- Mariamm Soliman Hagag, (1995). The impact of child's labor on his health status in Alaxandria, Mansoura Un., High Institute of Nursing PHD, 1 – 150.
99- Mark, E. Cummings and Anne Waston O'Reilly, (1997). Fathers in family context: Effects of martial quality on child adjustment, In: Michael, E. Lamp (ed.,), The role of the father child development. New York, John Wiley and sons, Inc. P 48 – 65.
100- Markus. A.C. et al., (1989). Psychological problems in general practice. London: Oxford University Press.

101- Mary, T. Westbrook (1996). Early memories of having polio: survivors' memories versus the official myths. Paper presented at the First Australian International Post – Polio Conference, Living with the late affects of post – polio. Sydney, Nov., 1996. (on – line). Available: http:// www.zynet.co.uk/ott/polio/lincolinshire.

102- Mattlew Ryan (WD). Client. centered therapy.

103- Mavis, E. Hetherington, and Maragret, M. a. Stanley, (1996). The Effects of Divorce on fathers and their children, In: Michel, E. Lamb (ed.,), The role of the father in child development, New york: John Willy and Sons, P 191 – 211.

104- McLanahan, S. and Bumpass, L., (1988) Intergenerational consequences of family disruption, American Journal of Sociology, 94, 130 – 152.

105- Micael, T.N. et al., (1998). Abnormal psychology. Boston: Allyn and Bacon.

106- Michael Workman and John Beer (1992) Depression, suicide ideation, and aggression among high school students whose parents are divorced and use alcohol at home, Psychological Reports, 70, 505 – 511.

107- Michael, S. Bassis, et. al., (1991) Sociology: An introduction, 4 (ed.), New York: McGraw – Hill, Inc.

108- Mohmed, H. Qayed, et al., (1999). Socioeconomic factors affecting child labor and the related hazards in Assuit City, Un., Bull, Environmental Researches, 2 (1 – 24)., 28 – 69.

109- Moushera, M. EL – Geneidy, (1995). The impact of child's labor on health status in Alexandria, Alex., J., Pediatrics, 9 (4): 449 – 458, 27 ref.

110- Nancy Schimelpfening (2007). What is behavioral Therapy?. http:// depression about. Com/b/

111- Nollet, F., et al. (1999). Disability and functional assessmetn in former polio patients with and without postpolio syndrome. Arch. Phys. Rehabil. Feb., 80 (2): 136 – 143.

112- Nosek, M. A., et al. (1996). Sexual functioning among women with physical disabilites. Arch. Phys. Med. Rehabil., Feb., 77 (2), 107 – 115.
113- Noweir, M. H. et al., 2., Impact of work environment on health., J., Egypt, Public Health Assoc., 68 (3 – 4) 443 – 467.
114- Noweir, M. H., et al., (1993). Child labor in Egypt, 1., Occupational and Socioeconomic aspects., J., Egypt., Public Health Assoc., 68 (3 – 4) 405 – 442.
115- Nunn, G. D. and Parish, T. S., (1987) An investigation of relationships between children's self – concept and evaluations of parent figures: Do they vary as a function of family structure? The Journal of Psychology, 121 (6), 563 – 566.
116- O'leary, K. D., and Wilson, G. T., (1978) Behavior therapy: applications and outcome, Englewood Cliifs., N. J.; prentice Hall. في: عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه، الكويت: عالم المعرفة، العدد (٢٣٩).
117- Parridge, S. and Kotler, T., (1987) Self – esteem and adjustment in adolescents from bereaved, divorced and intact families: Family type versus family encironment, Australian Journal of Psychology, 39 (2), 223 – 234.
118- Peretti, P. O., and DiVittorrio, A., (1992) Effects of loss father through divorce on personality of the preschool child, Journal of Instructional Psychology, 19, 269 – 273.
119- Rekand, T., et al (2000). Risk of symptoms related to late effects of poliomyelitis. Acta. Neurological Scandinavica, Mar., 101 (3): 153 – 158. (on – line). Available: http://www.indiana. eud/~pietsch pps 2001. html.
120- Rhonda, E. Denton and Charlene, M. Kampfe (1994) The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review, Adolescence, 114, 475 – 495.
121- Ronald, J. Angle and Jacqueline, L. Angel, (1996)

Physical comorbidity and Medical Care use in children with emotional problems, Public Health Roprts, 111 – 140 – 145.

122- Salvatore Cullari (1998). Foundations of clinical psychology. Boston: Allyn and Bacon.

123- Sandberg, A., Hansson, B., and stalberg, E. (1999). Comparison between concentric needle EMG and macro EMG in patients with a history of Polio. Clin. Neurophysiol., Nov., 110 (11), 1900 – 1908.

124- Senanayake, M. P.; Ranasinghe, A. and Balasuriya, C., (1998). Street children: a preliminary study, Ceylon Med., J., 43: (4): 191 – 3 Dec.

125- Seth Robert Segall (2006). What is Psycho therapy. http:/Psychcentral. com

126- Siegel, H., et. al. (1999). Physicologic events initiating REM sleep in patients with postpolio syndrome. Neurology, Feb., 52 (3): 516 – 522.

127- Stadum, B., The dilemma in saving Children from Child Labor: Reform and Casework at odds with families needs (1900 – 1938)., (1995) child Welfare, Jan., Feb., 74 (1): 33 – 55.

128- Stanghelle, J. K. and Fesvåg, L.V. (1997). Five years follow – up of patients with postpoliomyelitis syndrome. Tidsskr Nor Laegeforen, Feb., 10, 117, (4): 504: 507. (on – line). Available: http://www. nin.cbi. Nlm. Nih. gov/

129- Stanley., D. Eitzen., (1983). Social Problems, 2 (ed)., Boston: Allyn and Bacon, Inc.

130- Stephanie Kasen, et. al., (1996) A multiple – risk interaction model: Effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children, Journal of Abnormal Child Psychology, 24, 121 – 150.

131- Stewart, A. et al., (1982) Child development: A tropical approach, New York: John Willy and Sons, Inc.

132- Susan, J. Creange, and Bruno. R. L. (1997). Compliance with treatment for post – polio sequelae: effect of type "A"

behavior, self – concept and loneliness. American Journal of Physical Medicine and Rehabiltation, 76: 387 – 382.

133- Taher Amin Mansour, (1992). Health Problems among young workers in small and medium – size industries in Alexandria, Alex., Un., High Institute of Public Health, MPH.

134- Tate, D. G., et al. (1993). Prevalence and associated features of depression and psychological distress in polio survivors. Arch. Phys. Med. Rehabil., Oct., 74 (10), 1056 – 1060.

135- Tate, D. G., et al.(1994). Coping with the late effects: differences between depressed and nondepressed polio survivors, Am. J. Phys. Med. Rehabil., Feb., 73 (1) 27 – 35.

136- Terry, E. Duncan; Susan, C. Duncann and Hyman Hops (1994) The effects of family cohesiveness and peer encouragement on the development alchohol use: A cohort – Sequential approcah to analaysis Longitudinal data, Journal of Studies on Alchol, 55, 588 – 599.

137- The Royal College of Psychiatrist (WD). What is psychotherapy. www. rcpsych. Chac.uk/

138- Trojan, D. A., Gendron, D. and Cashman (1993). Anticholinesterase–Responsive neuromuscular junction transm-ission defects in post – poliomyeltis fatigue. J. Neurol. Sci., Feb., 114 (2), 170 – 177.

139- Vaden Kiernan, N., et. al., (1995) Household family structure and children's aggressive behavior: A Longitudinal study of urban elementary school, Journal of Abnormal Child Psychology, 23, no. 5: 553 – 568.

140- Verden Ryder, (1985) and their children, South Holland: the Goodheart – Willcox Company, Inc.

141- Viky Phares (1997). Psychological Adjustment, Maladjustment, and Father – child Relationships, In: Micahel, E. Lamb, (ed.,) The role of the father in child development, New York: Jon Willey and Sons, P 261 –

283.
142- Warren, R. Stanton; Tian, P. S. Oci and Phil, A. Silva (1994) Sociodemographic characteristics of adolescent smokers, The Internationa Journal of Addictions, 7, 913 – 925.
143- Wendy Stainton Rogers, (1989b;). Effective co – operation in child protection, In: Sonia Morgan and Peter and Righton (ed.,) Child care: Concerns and Conflicts, London: Hodder and Stoughton, p 82 – 94.
144- Wenneberg, S., and Ahlstrom, G. (2000). Illness narratives of persons with post – polio syndrome. Journal of Advances Nursing, Feb., 31(2), 354 – 361.
145- Werner, R. A., Waring, W., and Maynard, F. (1992). Osteoarthritis of the hand and wrist in post poliomyelitis population. Arch. Phys. Med. Rehabil., Nov., 73 (11), 1069 – 1072.
146- Widar, M., and Ahlstom, G. (1999). Pain in persons with post polio. The Swedish version of the Multidimensional Pain Inventory (MPI). Scand. J. Caring. Sci., 13 (1) 33 – 44.
147- Wiechers, D. O. (1985) Acute and latent affect of poliomyelitis on the motor unit as revealved by electromyography. Orthopedics, July, 8 (7). 870 – 872.
148- Willen, C., and Grimby, G. (1998). Pain, Physical activity, and disability in individuals with late effects of polio.Arch. Phys. Med. Rehabil., Aug., 79 (8), 915 – 919.
149- William Kelly, A. (1956) Educational Pyschology. 4 (ed.), Milwaukee: Bruce Pub., Company.) فـي: كمـال دسـوقي ١٩٨٥) الـنمو الـتربوي للطفـل والمـراهق، الـزقازيق: مطـبوعات جامعة الزقازيق.
150- William Samuel, (19812). Personality: Searching for the sources of human behavior, London: McGraw – Hill Kogakoush, Ltd.
151- Willian O'Donohue (1998). Learning and behavior

therapy. Boston: Allyn and Bacon.

152- www. Personcentered. Com/nondiredt. html

153- Zaki, A., al (1996). Lead toxicity among working children and adolescent in Alexandria Government, Pro., In tn Conf., On "Health Environment Hiph, Oct., 14 – 17, 116.

154- Zaki, A., et al., (1996). An assessment of risk factors for anemia among working children and adolescent in Alexandria Governorate, Proc. 8th, Med., Research Conf., and (4) The Egyptian – Italian Workshop "Community and Health", Alexandria, Oct. 26 – 27., 48.

ثالثاً: التقارير:

1- Report of Interministerial Committee on child Labor in Egypt, the International Center for Social and Criminological Research and UNICEF. 1989.

2- First Latin – American Tripartite Meeting at Ministerial Level for the Elimination of child Labor Cartagena, Colombia, 8 – 9 May, 1997.

3- Asia Regional Consultation on Child Labor, Lahoure, Pakistan, 11 – 13 August, 1997.

4- International Conference on Child Labor, Oslo, Norway, 27 – 30 October 1997.

5- African Regional Tripartite Meeting on Child Labor, Kampala, Uganda, 5 – 7 February.

6- World Wide Report on the Worst from of Child Labor, November, 20 th, 2000.

رابعاً: مراجع خاصة بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت):

- http:// happy to you.maktoobblog.com
- http://mirfana2000.blogspot.com. www.Pdffaclory.com.
- http://mentalhealth. About. Com/ cs/ psychotherapy/ a/ psychotherapy. htm.
- http://www. Depression. Com/psychotherapy. Html
- http://www. Encyclopedia. Com/doc/1E1 – psychoth. Html.

- http://www. Healthatoz. Com/ healthatoz/ Atoz/common/ standard/ transform. Jsp? Trquest URI //healthatoz/ Atoz/ dc/ cen/ ment/info/ psychotypes. Jsp.
- http://www. Mayoclinic. Com/health/psychothe rapy/MH
- http://www. Webmd. Com/conten/article/60/67/128. Htm
- http://www.healthatoz.com//healthatoz/Atoz/common/standard/tran sform. Jsp? Request URI /healthatoz/ Atoz/ dc/cen/ ment/ info/ psychotypes. Jsp.
- http://www.rcpsych. ac. Uk/mentalhealthinformation/ therapies/ psychotherapy. Aspx.
- www. Thesite.org/healthandwllbeing/

محتويات الكتاب

الموضوع	رقم الصفحة
• انتشار الاضطرابات النفسية	٤١
• أسباب الأمراض النفسية	٤٢
أ- أسباب أصلية أو مهيئة	٤٢
ب- أسباب مساعدة أو مرسبة	٤٣
جـ- الأسباب النفسية	٤٣
د- الأسباب البيئية الخارجية	٤٤
هـ- الأسباب الحيوية	٤٤
• اضطرابات البنية أو التكوين	٤٥
• بعض العوامل النفسية الأخرى وراء الاضطراب النفسي	٤٦
أ- الصراع	٤٦
ب- الإحباط	٤٨
جـ- الحرمان	٤٨
د- اخفاق حيل الدفاع النفسي	٤٩
هـ- الخبرات السيئة أو الصادمة	٤٩
و- العادات غير الصحيحة	٥٠
ز- الإصابة السابقة بالمرض النفسي	٥٠
ح- أسباب نفسية أخرى	٥١
• الأسباب البيئية للاضطراب النفسي	٥١
١- ضغوط البيئة الاجتماعية	٥١
٢- جموح التغير الاجتماعى	٥١
٣- العوامل الحضارية والثقافية	٥٢
٤- اضطرابات التنشئة الاجتماعية	٥٢
• أعراض الأمراض النفسية	٥٣
* الأعراض الداخلية	٥٣
* الأعراض الخارجية	٥٣
* الأعراض عضوية المنشأ	٥٣

الموضوع	رقم الصفحة

رقم الصفحة	الموضوع

الموضوع	رقم الصفحة

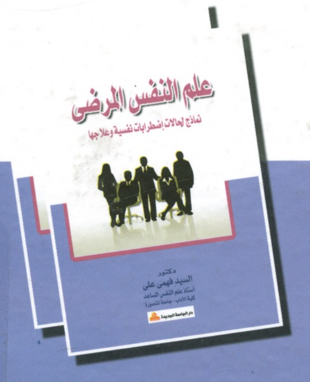
الموضوع	رقم الصفحة

الموضوع	رقم الصفحة

الموضوع	رقم الصفحة

الموضوع	رقم الصفحة

رقم الإيداع	٢٠٠٨/٩٨٣٨
الترقيم الدولى	I.S.B.N
977-328-460-3	






دار الجامعة الجديدة

٣٨ - ٤٠ش سوتير - الأزاريطة - الأسكندرية
تليفاكس : ٤٨٦٨٠٩٩ - ٤٨٦٣٦٢٩-٤٨٥١١٤٣
E-mail: darelgamaaelgadida@hotmail.com